

Masteroppgave

NTNU
Norges teknisk-naturvitenskapelige
universitet
Fakultet for samfunnsvitenskap og
teknologiløsning
Institutt for sosiologi og samfunnsforskning

Ann Helen Ramstad Austrheim

Hvordan organisere for gode innovasjonsprosesser i sykehus?

Hvilke strategier benytter ledere ved gjennom-
føring av innovasjonsprosesser i sykehus?

Hvilke drivkrefter, tiltak eller faktorer
pekes ut som viktige for å lykkes med inno-
vasjonsprosesser og hvordan er dette bildet
sammenlignet med de prosesser som
beskrives i min empiri?

Masteroppgave i organisasjon og ledelse,
spesialisering i innovasjon og endringsledelse
SOS6901

Trondheim, januar 2013

Ann Helen Ramstad Austrheim

Hvordan organisere for gode innovasjonsprosesser i sykehus?

- Hvilke strategier benytter ledere ved gjennomføring av innovasjonsprosesser i sykehus?
- Hvilke drivkrefter, tiltak eller faktorer pekes ut som viktige for å lykkes med innovasjonsprosesser og hvordan er dette bildet sammenlignet med de prosesser som beskrives i min empiri?

Master i organisasjon og ledelse,
Spesialisering i innovasjon og endringsledelse.
SOS6901
Institutt for sosiologi og statsvitenskap.
Januar 2013

Forord

Jeg presenterer her min masteroppgave som siste ledd i min mastergrad i organisasjon og ledelse ved NTNU.

Oppgaven er motivert gjennom mine studier på NTNU og særlig gjennom spesialiseringsmodulen innen innovasjon og endringsledelse. Også min interesse for å finne ut av hvordan mellomledere i sykehus tenker om innovasjon og hva de mener er viktige momenter for å lykkes med innovasjon og innovasjonsprosesser, har bidratt til at oppgaven fikk det innholdet den har fått.

Arbeidet med oppgaven har vært en svært lærerik og interessant prosess, men også til tider «alt-oppslukende» og krevende arbeid.

I denne anledning ønsker jeg å takke alle som har bidratt og som har hjulpet meg underveis i arbeidet med oppgaven.

Takk til alle informantene som tok meg med inn i sin verden av erfaring fra innovasjonsarbeid i sykehus.

En særlig takk vil jeg rette til min dyktige veileder Tone Merethe Berg Aasen for god veiledning og nyttige tilbakemeldinger underveis i arbeidet. Hun har inspirert og informert, bekreftet og utfordret meg i forhold til de ulike elementene i oppgaven. Gjennom dette samspillet har jeg utviklet ny kunnskap og kompetanse innen innovasjon og innovasjonsprosesser som jeg vil anvende i mitt daglige virke.

Ann Helen Ramstad Austrheim

Førresfjorden 17.01.2013

Sammendrag

Regjeringen har gjennom ulike føringer fremmet ønske om å øke innovasjonstakten i offentlig sektor. Innføringen av Samhandlingsreformen og inngåelse av Nasjonal samarbeidsavtale/ Nasjonal tiltaksplan for behovsdrevet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren er begge ledd i ønsket om å øke innovasjonstakten. Også oppdragsdokumentet fra Helse og Omsorgsdepartementene til Regionale helseforetak setter klare mål for innovasjonsarbeidet ved landets helseforetak.

Denne studien stiller spørsmål om hvordan man kan organisere for gode innovasjonsprosesser i sykehus, og hvilke drivkrefter, tiltak eller faktorer som synes å ha størst betydning for å lykkes med innovasjon i helsevesenet.

For å forstå innovasjon i offentlig sektor, har det vært nødvendig å gjøre et «dypdykk» i mange ulike definisjoner på innovasjon som finnes i innovasjonslitteraturen. Innovasjon kan være vanskelig å definere på en måte som alle er enige i, men det er ikke det viktigste. Det viktigste er å skape oppmerksomhet og positive assosiasjoner rundt innovasjon fordi innovasjon er og vil være viktig for vekst og utvikling av sykehusene i uoverskuelig fremtid. Mange av de nyere definisjonene av innovasjon handler om prosessen med å skape noe nytt, resultatet av *slike prosesser* og *effekten* innovasjonen skaper *når den tas i bruk*. Dette er også slik jeg kan forklare mye av den innovasjonen som skjer i dagens moderne helsevesen.

Rammeverket for denne studien er basert på teoriaspekter om innovasjon og innovasjonsprosesser og ledelse av innovasjon. Ved hjelp av kvalitativ forskningsmetode har jeg gjennom intervju med 8 mellomledere etterspurt og undersøkt mellomledernes egne erfaringer med innovasjon i sykehus.

I denne studien presenteres ulike modeller som forklarer på en god måte også hvordan innovasjon i helsevesenet skjer og hva som påvirker de ulike innovasjonsprosessene. Innovasjon i helsevesenet kjennetegnes av et utbredt samspill mellom mange ulike prosesser og jeg har derfor valgt både å presentere funn og bygge analysen/drøftingen på en modell fra Aasen & Amundsen (2011) som viser «samspillende faktorer for innovasjon».

Studien avdekker engasjerte mellomledere, som har tydelige tanker om hvilke faktorer og tiltak som synes å virke fremmende for innovasjonsarbeid i sykehus. Ikke minst avdekkes

ulike faktorer som vil være viktige når man skal organisere for gode innovasjonsprosesser i sykehus.

Et hovedfunn i studien er at det er helt avgjørende at innovasjon er forankret i toppledelsen.

Uten engasjerte toppledere blir innovasjonsarbeidet fragmentert og lite helhetlig.

Uten forankring i toppledelsen vil man heller ikke få på plass alle faktorer som informantene påpeker som viktige for å få gode innovasjonsprosesser i sykehus.

Et annet funn som utkrystalliserer seg tydelig er at mellomlederne synes å ha en vesentlig rolle som pådriver av innovasjon og gjennomføring av innovasjonsprosesser i sykehus.

Studien avdekker også at MDI (Medarbeiderdreven innovasjon) og Brukerdreven innovasjon synes å være de foretrukne arbeidsformer for innovasjon i helsevesenet. Studien gir også grunnlag for å hevde at utstrakt nettverksbygging virker innovasjonsfremmende. Ikke bare interne nettverk, men også samarbeid med eksterne nettverk ses på som verdifulle, da slike nettverk vil holde organisasjonen oppdatert på det som skjer i omverdenen, både faglig men også organisasjonsmessig.

Fagfolkenes kunnskap og kompetanse etterfulgt av kunnskapsdeling er faktorer som synes å være en av hoveddriverne for innovasjon i helsevesenet.

I analyse/ drøftingsdelen knytter jeg funnene opp mot teori/ teoriaspekter om innovasjon for å drøfte og vurdere disse opp mot oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål..

Avslutningsvis konkluderer jeg i forhold til problemstilling og forskningsspørsmål og foreslår område for videre forskning.

Til tross for stort engasjement for innovasjon, synes det likevel å være grunnlag for å trekke den slutningen at man har et stykke arbeid igjen før innovasjonstakten i aktuelt helseforetak er helt i tråd med regjeringens ønsker og føringer for innovasjon.

Innhold

Forord	2
Sammendrag	3
1.0 Innledning	7
2.0 Problemstilling	8
2.1 Avgrensing av studien	8
2.2 Teoretiske innfallsvinkler	9
3.0 En presentasjon av Case	11
3.1 Samhandlingsreformen	11
3.2 Nasjonal samarbeidsavtale og Nasjonal tiltaksplan for behovsdrevet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren(2007-2011)	13
4.0 Teori	15
4.1 Innovasjon i off. sektor og i helsevesenet spesielt	15
4.2 Innovasjon og innovasjonsprosesser	19
4.2.1 Definisjon	19
4.2.2 Klassifisering av innovasjon	20
4.2.3 Den innovative prosess	20
4.2.4 Involvering i innovasjonsprosesser	23
4.3 Ledelse av innovasjonsprosesser	28
4.3.1 Innovasjonskompetanse/ Lederrollen	28
4.3.2 Strategisk helseledelse	29
4.3.3 Innovasjonskultur og ledelse	29
5.0 Metode	32
5.2 Kvalitative og kvantitative metoder	33
5.3 Intervju som forskningsmetode	33
5.4 Datainnsamlingsprosess	34
5.5 Gjennomføring av intervjuene	35
5.6 Populasjon og utvalg	35
5.7 Måleproblematikk	36
5.8 Validitet og reliabilitet i intervju	36
6.0 Presentasjon av funn	37
7.0 Analyse/ diskusjon av funn	55

8.0 Konklusjon	68
9.0 Bidrag fra studien	70
9.1 Forslag til videre forskning	70
10.0 Referanser.....	71
11.0 Figur- og tabelliste	74
12.0 Vedlegg	75
12.1 Intervjuguiden	75

1.0 Innledning

Denne studien handler i vid forstand om innovasjon i sykehus. Studien bygger på en kvalitativ undersøkelse hvor de subjektive opplevelsene og forståelsene om innovasjon hos de ulike informantene er fremtredende.

Den siste store helsereformen, Samhandlingsreformen, har medført at innovasjon er nødvendig for å nå de ulike helsepolitiske mål som ligger i reformen.

Helse og omsorgsdepartementet har løftet innovasjon så høyt at de sammen med Nærings og Handelsdepartementet i 2007 iverksatte en felles satsing på behovsdrevet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren i samarbeid med de Regionale helseforetakene Helsedirektoratet, Innmed, Forskningsrådet og Innovasjon Norge. Denne satsingen har en tidsramme på 10 år, og det betyr at vi i dag er halvvegs inn i perioden.

Samarbeidspartnerne utarbeidet også *en nasjonal samarbeidsavtale* som igjen har bunnet ut i *en nasjonal tiltaksplan for innovasjon i helse og omsorgssektoren*.

Tiltaksplanen er tenkt som hjelp i arbeidet med innovasjonssatsingen i helsesektoren.

«Oppdragsdokumentet» fra Helse og Omsorgsdepartementet til Regionale Helseforetak for 2013 setter også klare mål for innovasjon, både overordna mål, men også mål innen innovasjon på lokalplan.

Min interesse for innovasjonsprosesser i sykehus ble vekket da jeg som ganske fersk mellomleder gjennomførte en større innovasjonsprosess i egen seksjon. En innovasjon med stort gevinst potensiale både for pasienten, de ansatte, samarbeidspartnere og sykehuset. Gjennom studier på NTNU er min nysgjerrighet på hvordan statusen på innovasjon er på seksjonsnivå i sykehus blitt ytterligere forsterket. Har disse overordna reformene, samarbeidsavtaler og nasjonale tiltaksplaner nådd «gulvet» i sykehusene, eller er det fortsatt bare fine ord på papiret?

Gjennom arbeidet med denne masteroppgaven ønsker jeg å finne svar på hvordan man kan organisere for gode innovasjonsprosesser i sykehus. Et annet mål med studien er å avdekke hvilke strategier mellomlederne benytter ved gjennomføring av innovasjonsprosesser og hvilke faktorer som peker seg ut som viktige for å lykkes med innovasjon i sykehus i dag?

2.0 Problemstilling

Tittelen på denne masteroppgaven er: *Hvordan organisere for gode innovasjonsprosesser i sykehus?*

Valg av tittel er gjort på grunnlag av overordna føringer vedrørende innovasjon i helse og omsorgssektoren og det økende behov for innovasjonsfokus helsevesenet står over for.

Gjennom arbeidet med denne studien ønsker jeg å finne svar på to forsknings spørsmål:

- Hvilke strategier benytter ledere ved gjennomføring av innovasjonsprosesser i sykehus?
- Hvilke drivkrefter, tiltak eller faktorer pekes ut som viktige for å lykkes med innovasjonsprosesser, og hvordan er dette bildet sammenlignet med de prosesser som beskrives i min empiri?

I tillegg har jeg en forhåpning om å få svar på hvordan det står til med innovasjonsarbeidet i eget helseforetak 5 år etter at Nasjonal samarbeidsavtale og Nasjonal tiltaksplan ble laget.

Jeg har i arbeidet med denne studien valgt å definere innovasjon dit hen at innovasjon dreier seg om å skape, beskrive eller introdusere noe nytt (produkter, tjenester, organisatoriske endringer eller prosesser) som tas i bruk for å oppnå en effekt som er tjenlig for samfunnet eller for enkelt mennesket.

2.1 Avgrensing av studien

Jeg har avgrenset min forskning i denne studien til å omhandle organisasjonsnivå i det offentlige Helse-Norge, det vil si på klinikk/seksjonsnivå i sykehus. Nasjonale eller regionale innovasjonsprosesser faller derfor utenfor denne studien. I tillegg er min empiri basert på mellomledere på mindre sykehus og ikke på et universitetssykehus tilknyttet en stor forsknings og utviklingsavdeling. Det finnes en rekke ulike temaer og problemstillinger innen innovasjon i sykehus, men jeg har valgt å begrense studien til å ha hovedfokus på organisering for gode innovasjonsprosesser, innovasjonsprosesser og drivkrefter, tiltak eller faktorer som pekes ut som viktige for å lykkes med innovasjon.

2.2 Teoretiske innfallsvinkler

I dette kapittelet vil jeg gi en kort redegjørelse for *de viktigste* teoretiske innfallsvinklene som er valgt for å finne svar på problemstillingen og forskningsspørsmålene i denne studien. Dette betyr at også andre teorier eller teoriperspektiver gjenfinnes i studien.

Sentralt i studien står for det første **Innovasjon og innovasjonsprosesser**.

En av studiens teoretiske innfallsvinkel er Aasen & Amundsens modell (2011) som viser de mange faktorer som må spille sammen for innovasjon. For det andre setter modellen »Innovasjonsreisen» av Van de Ven (1986) fokus på en rekke faktorer som påvirker innovasjonsforløpet. Essensen i modellen er at innovasjon først oppstår etter at prosessen har involvert flere parter, mål er justert underveis, man har feilet, testet og måtte begynne på nytt i en »loop» med flere runder. Av Van de Ven kan vi forstå at innovasjonsprosesser ikke består av sekvensielle handlinger men i et samspill av flere samtidige prosesser.

Medarbeiderdreven innovasjon og brukerdreven innovasjon synes å være de mest nyttede arbeidsformer i sykehus. Som teoretisk innfallsvinkel for å belyse brukermedvirkning nyttes teori fra Eric Von Hippel og to modeller fra Jørgen Rosted (2008).

Von Hippel (1998, 2005) hevder at brukersentrerte innovasjonsprosesser vil kunne gi større fordeler sammenlignet med mer tradisjonelle interne produsentfokusede former for innovasjon. Han sier videre at ved å trekke inn brukerne i innovasjonsarbeidet vil man lettere utvikle det produktet brukerne ønsker.

Som teoretisk innfallsvinkel for å belyse medarbeiderdreven innovasjon (MDI) nyttes Klev & Levins modell (2009) »Den samskapte læringsmodellen». Denne modellen forklarer på en visuell god måte begrepet MDI. Teoretiske perspektiver fra Dixon Woods et al (2010) presenteres også for å forklare betydningen av MDI.

Deltagende samarbeidsdrevne former for avgjørelser skaper ikke bare bedre avgjørelser men medfører sosial læring, bærekraftige løsninger, øker muligheten for å se utviklingspotensialet i endringen og øker ansattes vilje til å akseptere endring. Dixon Woods mfl (2010).

Et annet sentralt begrep i denne studien er og **ledelse av innovasjon**. Studiens teoretiske innfallsvinkel for å forklare ledelse av innovasjon er i stor grad bygget på teoretiske perspektiver fra Aasen & Amundsen (2011), Tidd & Bessant (2008) og Johannesen & Olaisen (2004)

John Arild Johannesen og Johan Olaisen hevder i sin bok «Strategisk helseledelse» (2004) at strategisk ledelse i sykehus er en prosess som skal sørge for at ledelsen er i stand til å takle de eksterne endringene som påvirker sykehuset.

Videre sier de at strategisk ledelse er den prosessen som skal sette sykehuset i stand til å takle ulike endringer som kulturelle, strukturelle, endringer i ressursbruk, nye innovasjoner osv. Manz et al 1998 (i Aasen & Amundsen 2011) hevder at ledelse så langt er den eneste faktor som er vist å ha klar sammenheng med vellykket innovasjon, på tvers av organisasjoner og typer, nivå og stadier av innovasjon.

Det tredje sentrale begrepet i denne studien er **innovasjonskultur og ledelse.**

Teoretisk innfallsvinkel som er valgt for å belyse dette begrepet er i hovedsak teoretiske perspektiver fra Edgar Schein (2004), Jim Collins (2011) og Aasen & Amundsen (2011) Schein hevder at organisasjoner har behov for å tilpasse seg den økende frekvensen av endringer i organisasjoner. Han fremhever 10 ulike kriterier som vil fremme etablering av en *læringsorientert kultur*. Dette gjenfinner vi hos McLean 2005 (i Aasen & Amundsen 2011). Der de foreslår fem organisatoriske forhold som skal fremme kreativitet og innovasjon og et sjette forhold som virker hemmende.

Jim Collins, sier i boken «Good to Great» (2002) at organisasjonskultur er av største betydning for i det hele tatt å lykkes som organisasjon.

3.0 En presentasjon av Case

I denne studien har jeg valgt å trekke inn to caser. Samhandlingsreformen og Nasjonal samarbeidsavtale/ Nasjonal tiltaksplan for behovsdrevet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren.

3.1 Samhandlingsreformen

Helse og Omsorgsdepartementet har utarbeidet en ny helsereform med startskudd 1. januar 2012. Samhandlingsreformen skal vise veg fremover og gi helsetjenesten ny retning. Tanken med reformen er at forebygging av sykdom skal vektlegges fremfor å bare reparere når sykdom er inntruffet. Man skal sette inn tidlig innsats fremfor for sen innsats. I tillegg til at reformen skal få de ulike ledd i helsetjenestene til å jobbe bedre sammen skal man flytte helsetjenester nærmere der folk bor.

Reformen vil medføre at kommunene skal få flere oppgaver enn før og det er lovet at det skal følge med penger for at kommunene skal kunne utføre disse nye oppgavene.

Reformen tydeliggjør at spesialiserte fagmiljøer skal samles og man skal ha mer fokus på brukermedvirkning.

Startskuddet var 1.1.2012, men oppbyggingen av helsetilbudet i kommunene kommer til å skje over tid selv om mange av kommunene allerede er godt i gang med arbeidet.

I tillegg til Samhandlingsreformen er det nå kommet en ny folkehelselov som skal bidra til å styrke kommunenes ansvar for forebygging og helsefremmende arbeid i alle

samfunnssektorer i tillegg til ny felles lov for helse og omsorgstjenesten i kommunene.

Det er også pålagt kommunene en plikt til å samarbeide med sykehus og kvaliteten på helsetjenestene skal måles bedre enn i dag.

5 milliarder kroner skal flyttes fra staten til kommunen og om lag 4,2 milliarder kroner skal overføres fra sykehusene til kommunene for at de skal betale sin del av sykehusregningen.

Kommunene får overført om lag 560 millioner kroner fra sykehusene for å etablere tilbud til utskrivningsklare pasienter.

Kommunene pålegges også en ny kommunal plikt å etablere et tilbud med øyeblikkelig hjelp – døgntilbud for pasienter som har behov for akutt hjelp eller observasjon. Dette tilbudet skal

bygges gradvis opp fra 2012-2015 og her får kommunene om lag 260 millioner for å dekke kostnadene ved å gjennomføre en slik plikt.

Generelt skal kommunenes totale rammer økes med det formål å styrke samarbeid mellom kommuner og sykehus, bedre samarbeid og arbeidsfordeling mellom sykehus og mer statlig styring av sykehusene.

For folk flest vil Samhandlingsreformen bety at man lettere vil få helsehjelp lokalt på sitt hjemsted. Pasientene skal få økt hjelp til koordinering av behandling og oppfølging og helsetilbudet i kommunene vil forhåpentligvis oppleves bredere.

Oppfølging av pasienter med kroniske lidelser skal bli bedre og det skal bygges opp tilbud til dem som ønsker å legge om levevaner som kan føre til sykdom. Eks. å endre kosthold, røykeslutt og tilbud om fysisk aktivitet.

Et annet viktig strategisk tiltak som ligger i reformen er at man skal utvikle IKT systemene i helse og omsorgssektoren og målsetningene her er at elektronisk kommunikasjon skal være den normale måten å kommunisere på. Dette gjelder både mellom helsearbeideren og pasientene og mellom de ulike tjenesteyterne og behandlere.

Regjeringens mål er at all dokumentasjon og informasjonsutveksling for fremtiden skal foregå elektronisk. Mange kommuner sliter med dette, og fortsatt er skanner og kopimaskin det viktigste redskap for overføring av pasientinformasjon.

Samhandlingsreformen eller Stortingsmelding nr. 47 påpeker særlig at ALLE aktørgrupper må være med i arbeidet med utvikling av helse og omsorgstjenesten. Arbeidet skal nyttiggjøre seg bruk av bredden av kompetanse og erfaring som finnes i de ulike faggruppene selv om det er den helhetlige helse og omsorgspolitikken som er referanserammen for utviklingsarbeidet. Gode og forutsigbare helhetlige pasientforløp er et av de mest sentrale punktene i reformen.

Hovedutfordringer som påpekes i Samhandlingsdokumentet:

Samhandlingsreformen omtaler i dokumentet en rekke utfordringer som må håndteres for å få en vellykket implementering og at reformen når sine mål. Disse utfordringer vil i stor grad danne grunnlaget for innovasjonsbehovet tilknyttet reformen.

Av utfordringer trekkes særlig frem:

1. Elektroniske pasientjournaler er innført men papir benyttes fremdeles fordi de ulike systemene kommuniserer i begrenset grad.
2. Norsk Helsennett er etabler men det er fremdeles for få av fastlegene som er tilknyttet.

3. Norsk Helsennett benyttes for lite og har enda for få tjenester.
4. Lovverket er delvis til hinder for ønsket og effektiv informasjonsdeling.
5. IKT feltet oppleves som fragmentert og mangler overgripende styring.
6. Endringskompetanse hos ledernivåene er mangelfull og aktørene er autonome og relaterer i liten grad til nasjonal styrings og gjennomføringsramme.
7. **Helsevesenet har høy grad av organisatorisk kompleksitet og det er derfor tidkrevende å tilrettelegge for gode innovasjonsprosesser, der man sikrer nødvendig kompetanse, engasjement og tid til denne viktige oppgaven.**
8. En annen utfordring er at ”bestillingene” til IKT leverandørene er uklare og lite koordinerte.
9. Det er stort behov for endring av kultur og holdninger. Man har behov for både å endre adferd men også endre arbeidsprosessene. I tillegg vil det være behov for en sterkere integrasjon mellom fag og IKT ressursene.
10. Et annet punkt i utfordringsbildet er at det er et stort behov for kompetanseutvikling.
11. **Til slutt vil nevnes kanskje den viktigste utfordringen som er å utvikle en spesialisthelsetjeneste som evner å håndtere utfordringsbildet. For at reformen skal lykkes må ledere i alle deler av helse og omsorgstjenesten ta inn over seg reformens” bestilling” i utøvelse av ledelse.**
12. For å understøtte dette skal nasjonal lederutviklingspolitikk endres og tilpasses Samhandlingsreformen. Dette er et eksempel på ledelsesinnovasjon i offentlig sektor.

I denne studien har jeg i hovedsak valgt å fokusere på punkt 7, som omhandler *tilrettelegging* for gode innovasjonsprosesser og punkt 11 som omhandler utfordringen med å utvikle en spesialisthelsetjeneste som *evner å håndtere utfordringsbildet* samt *utøvelse av ledelse* av innovasjonsprosesser i sykehusene. Begrunnelsen for dette er at disse utfordringene samsvarer med problemstillingen jeg har valgt i min masteroppgave.

3.2 Nasjonal samarbeidsavtale og Nasjonal tiltaksplan for behovsdrevet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren(2007-2011)

I 2007 lanserte Helse og omsorgsdepartementet(HOD) en femårig satsing på behovsdrevet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren. Bakgrunnen for denne satsingen var at sykehusene må utvikles kontinuerlig på grunn av endringer i befolkningens sykdomsbilde, demografiske endringer, utvikling av nye behandlingsmetoder, økende kostnader, samt økt fokus på pasientsikkerhet og kvalitet. HOD var tydelige på behovet for forskning, utvikling og implementering av nye produkter, tjenester, behandlingsprosesser og organisasjonsformer knyttet til hele pasientforløpet – forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering – slik at tilgjengelige ressurser kan utnyttes best mulig.

For å følge opp dette inngikk aktørene: De regionale helseforetakene, HOD, Innovasjon Norge og forskningsrådet i 2008 en nasjonal samarbeidsavtale med målsetting om å øke

innovasjonstakten i helsesektoren betydelig, samt bedre utnyttelsen av offentlige ressurser knyttet til innovasjon i helsesektoren. Det er nedsatt et nasjonalt koordineringsutvalg som ledes av HOD. For å operasjonalisere satsingen har koordineringsutvalget foreslått en

Nasjonal tiltaksplan for innovasjon og næringsutvikling i helse og omsorgssektoren.

I samarbeidsavtalen påpekes det at det er et stort innovasjonspotensiale i helse og omsorgssektoren og det trekkes frem ulike innovasjonsdrivere som kan bidra til å utløse dette potensialet.

Brukerbehov
Forskning
Ny teknologi
Ideer fra ansatte i helsesektoren
Ideer fra bedrifter
Ideer fra enkeltpersoner

Tiltaksplanen er tenkt å bidra til å øke innovasjonsaktiviteten betydelig og bedre utnyttelsen av de offentlige ressursene knyttet til innovasjon i helsesektoren. Det skal iverksettes tiltak bl.a. sikre forankring i RHF og HF er, bidra til å fremme innovasjonskultur i disse.

Særlig fokus skal det være på store og økende pasientgrupper (kronikere og livsstilssykdommer som psykisk helse, kroniker, diabetes, kreft, kols og slag for å nevne noen)

Det vil være et betydelig behov for innovasjon knyttet til hele pasientforløpet: Forebygging, diagnose, behandling, rehabilitering og hjemmesituasjonen. Aktørene bak den Nasjonale tiltaksplanen understreker særlig betydningen av at det utøves innovasjonsledelse og at det utvikles en innovasjonskultur i helsesektoren.

4.0 Teori

4.1 Innovasjon i off. sektor og i helsevesenet spesielt

I Stortingsmelding nr. 7 (2008-2009) Et nyskapende og bærekraftig Norge tydeliggjør at innovasjon ikke bare er en ledelses og ekspertisestyrte virksomhet. I denne stortingsmeldingen utvides også perspektivet til å omfatte involvering av innbyggere, brukermedvirkning og medarbeiderdrevet innovasjon.

En tydelig forskjell mellom offentlig og privat virksomhet er at mens innovasjon innen privat sektor primært vil være drevet av hensynet til inntjening gjennom konkurransemessige fortrinn, vil drivkraften i offentlig sektor være å skape et bedre tjenestetilbud. John Hartley (2005).

Stortingsmelding nr.7 legger videre føringer:

”Regjeringen ønsker en bærekraftig og effektiv offentlig sektor preget av kvalitet og tilgjengelighet, og som er i stand til å endre seg i takt med endrede behov.”

Videre fremkommer i meldingen at:

”Fornyning av offentlig sektor må skje ved innovasjon, dvs. at man jobber smartere, og ikke bare ved at de store oppgavene tilføres mer ressurser og mer arbeidskraft. Det gjelder ikke minst i helse og omsorgssektoren.”

Innovasjon i offentlig sektor er viktig av flere årsaker. For det første er det en stor arbeidsplass og en stor produksjonsenhet. Ca. 30 % av landets sysselsatte arbeider i offentlig sektor. For det andre så er offentlig sektor en stor kunde som gjør store offentlige innkjøp. For det tredje så utvikler offentlig sektor egne tjenester og produkter og sist men ikke minst har offentlig sektor et stort krav på seg om effektivisering.

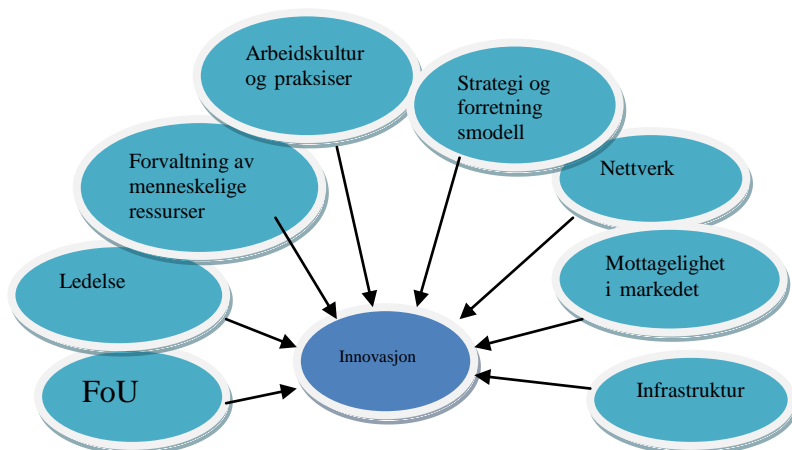
Årlig mottar de Regionale Helseforetak et såkalt «Oppdragsdokument» fra Helse og Omsorgsdepartementet.(HOD) Dette dokumentet setter ulike mål for inneværende år. Oppdragsdokumentet for 2013 har særlig sterke føringer for innovasjonsarbeidet inneværende år. Overordna mål som er satt i dokumentet er bl.a. at helseforetakene skal øke forskningsbasert og behovsdriven innovasjon. Særlig skal man øke omfang av innovasjoner som støtter helhetlige pasientforløp og bedre samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Andre mål som er satt er at man skal øke implementering av nye produkt, tjenester, diagnostikk og behandlingsmetoder, organisatoriske prosesser og løsninger som bidrar til økt kvalitet, effektivitet, samhandling m.m.

I tillegg har HOD satt mål for innovasjonsarbeidet på helseforetaksnivå slik:

- *Dei regionale helseføretaka har vidareført Nasjonal samarbeidsavtale og tiltaksplan for innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren i tråd med nasjonale føringar.*
- *Den nasjonale databasen for innovasjonsindikatorar i helseføretaka er utvida til å inkludere innovasjonsprosjekt som støttar opp om samhandling.*

Jeg har i denne studien valgt å trekke frem ulike teoretiske perspektiver fra Aasen og Amundsen (2011) og Woods mfl (2010) som jeg synes er godt egnet til å belyse problemstillingen min. I tillegg har jeg valgt å la både presentasjon av funn og analyse/drøftingsdelen ta utgangspunkt i en modell fra Aasen & Amundsen (2011) som viser hvilke ulike faktorer som må spille sammen for innovasjon.



Figur 1. Samspillende faktorer for innovasjon. Aasen og Amundsen (2011).

Modellen viser hvor komplisert innovasjon er og særlig peker modellen på ledelse av innovasjon som omfatter alle de elementer i en organisasjon som påvirker muligheten til å utvikle og ta i bruk nye løsninger for å bedre organisasjonens evner til å nå sine mål.

Aasen & Amundsen (2011), Koch mfl.(2006) trekker frem de ulike innovasjoner det kan være snakk om i **offentlig virksomhet**:

- **Nye produkt**
 - offentlige innkjøp
 - utvikling, tilpasning av produkt
 - ny teknologi
- **Nye eller forbedra tjenester**
 - privatisering av statlige tjenester
 - lokale tilpasninger av offentlige tjenester
- **Prosessinnovasjon**
 - Nye måter å fremstille produkter og tjenester
- **Administrativ innovasjon**
 - gjennom nye politiske verktøy eller føringer som kan gi endring
- **Systeminnovasjon**
 - Reformer og reorganisering, nye samhandlingsformer
- **Konseptuell innovasjon**
 - Nye forventninger eller nye modeller eller endra oppfatning av den offentliges rolle i samfunnet.
- **Endringer i mentale modeller**
 - ved at perspektiver og forklaringsmodeller i en organisasjon endres.

I det offentlige er fokus på effektivitet større enn på lønnsomhet, men målet for arbeidet er uansett å gjøre ting på bedre måter. Aasen & Amundsen (2011).

I forhold til Samhandlingsreformens føringer vil flere av de nevnte innovasjoner bli gjeldende men særlig fokus mener jeg det naturlig vil være å ha på **nye og forbedra tjenester** samt **systeminnovasjon**.

Forskere har tidligere avdekket tre velkjente paradoks vedr innovasjon i Helsevesenet. Dixon – Woods et al (2010). For det første så er det noen innovasjonsprosesser som går veldig fort, selv om endringen er lite utprøvd og har begrensa verdi, eller medfører risiko, mens andre innovasjoner som i utgangspunktet skulle bidra til gevinst og fordeler for pasientene, tar det tid med å få implementert.

Dixon Woods et al (2010) sier at også helsevesenet flyter på ”motebølger”. Dette er årsaken til at ny metodikk tas i bruk fordi dets nyhet genererer en ”må ha” selv før det er skikkelig testet ut. Noe av årsaken til dette er at å forby pasienter tilgjengelig helsetilbud er vanskelig. Noe av årsaken til dette skyldes språket man i helsevesenet nytter for å promotere det nye. Ord som nyttes i denne sammenheng har ofte en slags magisk kraft.

Ord som ”gjennombrytende”, ”radikal”, ”ny” og ”innoverende” skaper store forventninger hos pasienter og helsepersonell. Særlig vanskelig kan dette være i overfor pasienter som har liten mulighet for helbred.

I den andre enden så tas løsninger i bruk når man faktisk antar og har god støtte for at løsningen har effekt, men som i ettertid viser seg å ikke ha det. Dixon Woods mfl (2010).

For det andre er *det bredt deltagende felles tilnærminger* som synes å være den beste måten å oppnå bærekraftig, positive innovasjoner i helsevesenet, men baserer man seg utelukkende på denne type tilnærming kan dette forstyrre positiv innovasjon.

Deltagende samarbeidsdrevne former for avgjørelser skaper ikke bare bedre avgjørelser men medfører sosial læring, bærekraftige løsninger, øker muligheten for å se utviklingspotensialet i endringen og øker ansattes vilje til å akseptere endring. Dixon Woods mfl (2010).

Denne type innovasjon vil være særlig lovende når det er snakk om å endre praksis blant fag - profesjonelle, som har tradisjon med å ta faglige avgjørelser innen sitt eget fag gruppe, istedenfor i brei samhandling med vekt på gjensidighet.

For det tredje så er forbedring avhengig av endring, men endring genererer alltid nye utfordringer. Kvalitetsforbedringssystemer i helsevesenet klarer sjelden å holde tritt med innovasjonen på området. Derfor vil det oppleves slik at innovasjon vil oppleves som et forstyrrende element.

Til tross for dette er forskning helt nødvendig parallelt med med studier av praksis for å vurdere uønska følger av behandling og også bevis for at behandling virker.

På lang sikt vil ethvert element i all medisinsk behandling bli endret eller kassert og erstattet.

Om vi fokuserer på modige og kloke innovasjons valg og introdusere dem med kvalitetsforbedringsprinsipper i minne, vil fremtidens helsevesen bli bedre til å serve pasientene. Dixon Woods mfl (2010).

4.2 Innovasjon og innovasjonsprosesser

4.2.1 Definisjon

En utfordring ved å forholde seg til innovasjon som begrep er alle de ulike tolkningene og forståelsene som man legger i begrepet. Jeg presenterer her et utvalg av definisjoner man finner i innovasjonslitteraturen.

Begrepet innovasjon kommer opprinnelig fra latin. *Innovare betyr "å skape noe nytt"* Tidd & Bessant (2009).

Mange teoretikere har presentert sin tolkning av begrepet og man vil finne mange likhetstrekk i tolkningene. Allerede i 1942 tolket Schumpeter innovasjon som "nye måter å gjøre ting på i det økonomiske liv". Schumpeter skilte mellom kontinuerlige forbedringer, inkrementelle innovasjoner, radikale og revolusjonerende innovasjoner.

Forfatterne av boken *Managing Innovation* (2009), Jon Tidd og John Bessant har laget en tolkning basert på ulike teoretikers tolkninger: "innovasjon er en prosess der man skaper nye ideer ut av muligheter for så å sette ideene ut i praksis".

Samme tolkning har Van de Ven mfl (1999:9) "Innovasjon inkluderer prosessen med å utvikle og implementere en ny ide"

Stortingsmelding nr. 7 (2008-2009) Et nyskapende og bærekraftig Norge legger følgende brede definisjon til grunn:

"innovasjon er en ny vare, en ny tjeneste, en ny produksjonsprosess, anvendelse eller organisasjonsform som er lansert i markedet eller tatt i bruk i produksjonen for å skape økonomiske verdier".

I dag assosieres innovasjon i stor grad med *prosessen* for å skape noe nytt, *resultatet* av slike prosesser, og *effekter* i form av økonomiske og sosiale fremskritt. I tillegg er mange opptatt av innovasjons *konsekvens*, det at resultater skapes og tas i bruk for å oppnå en *effekt*. T.M.B. Aasen (2009)

Jeg har i arbeidet med denne masteroppgaven valgt å forstå innovasjon dit hen at innovasjon dreier seg om å skape, beskrive eller introdusere noe nytt (produkter, tjenester, organisatoriske endringer eller prosesser) **som tas i bruk for å oppnå en effekt** som er tjenlig for samfunnet eller for enkeltmennesket.

Altså handler innovasjon om mye mer enn bare en ny «oppfinnelse».

4.2.2 Klassifisering av innovasjon

I litteraturen finnes ulike forsøk på å klassifisere innovasjoner utfra forskjellige kriterier. Schumpeter klassifiserte tidlig innovasjon i henhold til 5 ulike typer: nye produkter, nye produksjons metoder, nye forsyningskilder, utforskning av nye markeder og nye måter å organisere driften på. En annen type klassifisering som går igjen i litteraturen er skillet mellom inkrementelle (gradvise innovasjoner) og radikale innovasjoner (vesentlig endring eller noe helt nytt).

En av de mest kjente typologiene innenfor innovasjon består av **fire kategorier innovasjon**: arkitektonisk (man setter sammen kjente kunnskapselementer på nye måter), radikal (vesentlig endring eller noe helt nytt), inkrementell (forbedring av eksisterende produkter) og modulær (ny kunnskap men samme funksjon som før). Abernathy & Utterback (1978).

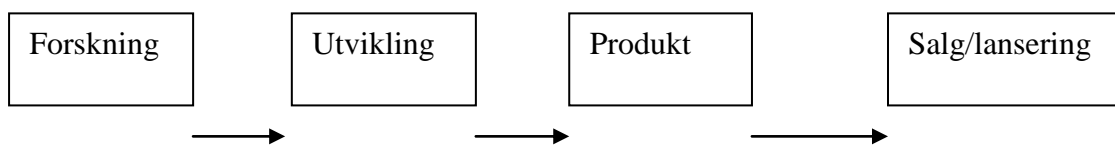
4.2.3 Den innovative prosess

I likhet med begrepet innovasjon har også begrepet innovasjonsprosesser en hel rekke ulike tolkninger. Aasen og Amundsen (2011) fremhever følgende tolkning som den vanligste: ”En utviklingsprosess som starter med en ide og avsluttes med markedsintroduksjon” (ofte referert som implementering av en synlig eller artikulert løsning) Goffin & Mitchell (2005); Kelly og Littman (2005) Tidd & Bessant (2009)

Oftest starter den innovative prosessen med et brennende spørsmål eller et viktig emneområde som skal utforskes for muligheter. Prosessen involverer innhenting og diskusjon omkring viktige spørsmål, relevant informasjon og interessant viten, til man kommer frem til et konsept eller ferdig ide. Dorsø (2001:72) lanserer begrepet «innovativ krystallisering» som hun kaller den «aha» opplevelsen man får når man er overbevist om at man har kommet frem til den helt riktige løsningen.

I litteraturen støter man på et mangfold av modeller som beskriver innovasjonsprosesser, fra de helt enkle til ganske kompliserte modeller. Den mentale modellen som folk har av innovasjonsprosesser har ikke vært den samme over tid. Hovedårsaken til den endringen er endringer i miljøet/ konteksten hvor innovasjon foregår. Rothwell (1994).

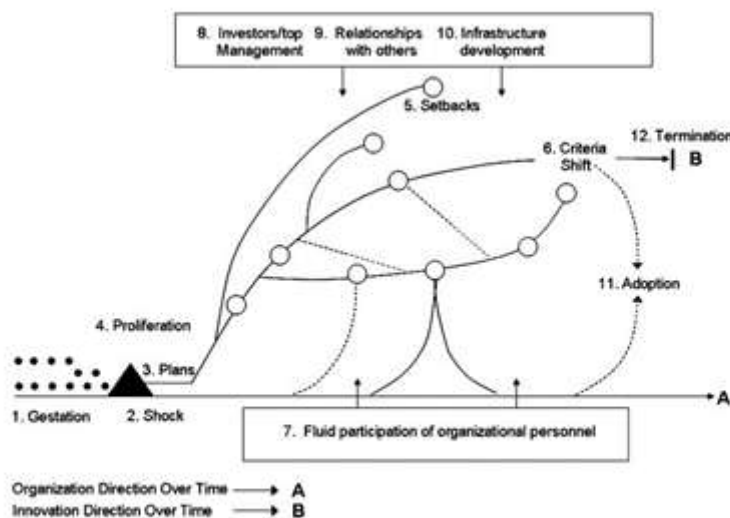
Ulike empiriske studier har forbedret og forandret modellene betraktelig gjennom årene. Alle modeller begynner med en eller annen form for ideskaping eller søken etter ideer til innovasjon. Neste steg som gjenfinnes hos mange forskere er å innskrenke alternativene slik at man kan ta et valg. Som tredje fase snakker mange om utvikling av produktet eller tjenesten, og som siste fase finner vi implementering/lansering av innovasjonen. En mye anvendt modell for enkelt å beskrive innovasjonsprosesser er Stage-gate-modellen. Cooper (1986) Modellen har særmerke og ryddige faser.



Figur 2. Stage gate modellen (Cooper 1986)

Modellen er svært enkel og overskuelig men viser lite av kompleksiteten rundt innovasjonsprosesser. Andre forfattere som Tidd & Bessant (2005) hevder faktisk at modellen gir et altfor forenkla syn på innovasjonsprosessen.

En fremvoksende modell for å beskrive og forstå innovasjonsprosesser er Van de Vens 12 trinns modell. Van de Ven et al (1989) i Aasen & Amundsen (2011). Modellen rommer stor grad av kompleksitet og setter fokus på en rekke faktorer som påvirker innovasjonsforløpet. Essensen i modellen er at innovasjon først oppstår etter at prosessen har involvert flere parter, mål er justert underveis, man har feilet, testet og måtte begynne på nytt i en loop med flere runder. Av Van de Ven kan vi forstå at innovasjonsprosesser ikke består av sekvensielle handlinger men i et samspill av flere samtidige prosesser.



Figur 3: «Innovasjonsreisen» Van de Ven et al (1986).

Koch et al 2006 (i Aasen & Amundsen 2011) påpeker i tabellen under ulike faktorer som bidrar positivt til og ses på som drivkrefter for innovasjon i offentlig sektor, men også flere faktorer som synes å ha motsatt effekt. Jeg har valgt å ta med denne tabellen fordi jeg mener det er svært mange likhetstrekk mellom innholdet i denne og funnene i min studie, og viser at funn i tidligere innovasjonsforskning også er beskrivende for dagens virkelighet i offentlig sektor. Således mener jeg at tabellen gir et viktig bidrag til å besvare forskningsspørsmålene i oppgaven og understøtte analyse/drøftingsdelen.

Drivkrefter for innovasjon	Barrierer mot innovasjon
Problemavhengig innovasjon For å løse spesifikke problemer	Størrelse og kompleksitet Store, kompliserte org. Strukturer kan utvikle seg til interne barrierer mot innovasjon
Problemuavhengig innovasjon. Generelle forbedringstiltak	Vane og tradisjon Tendenser til å holde seg til etablert praksiser og rutiner.
Politisk press Strategiske endringer basert på sterk politisk vilje	Profesjonell motstand. Utvikling av sterke felleskap i enkelte faggrupper, preget av særlig tankesett og perspektiver.
Utvikling av kultur for forbedring Evaluerings og vurderingspraksiser kan stimulere innovasjon	Risikoaversjon Kan skyldes nærgående oppmerksomhet fra politikere og media, og at ansatte vanligvis ikke belønnes for å ta risiko
Støttemekanismer Myndigheter kan innføre arbeidsmåter som oppmuntrer til og legger grunnlag for innovasjon	Offentlig motstand mot endring Motvilje mot endring kan også finnes hos «borgerne»
Konkurranse Prestasjonsmål kan oppmuntre bruk av innovative tilnærminger	Mange hensyn og uklare resultater Engasjement fra en lang rekke interessenter skaper behov for å ta mange hensyn og gå nøye gjennom planlagte endringer.
Innovasjonsevne Offentlig ansatte har ofte høy utdannelse, og gode evner til kreativitet og problemløsning	Endringstempo og omfang Gjennomføring av mange reformer har delvis ført til «innovasjonstretthet»
Lære av andre Forretningsmodeller utviklet i foretak og private bedrifter kan utnyttes av offentlige institusjoner	Manglende evne til organisasjonslæring En del organisasjoner mangler mekanismer for å støtte nødvendige læringsprosesser
Teknologi Teknologisk innovasjon kan være en avgjørende faktor for videre innovasjon på andre områder	Teknologiske hindringer Teknologiske løsninger for det aktuelle problemet er ikke alltid tilgjengelig
	Mangel på ressurser Som finansiell støtte, relevant kunnskap og ferdigheter, eller andre støttetjenester

Figur 4. Drivkrefter og hindringer for innovasjon i off. sektor. Koch et al 2006 (i Aasen & Amundsen 2011)

4.2.4 Involvering i innovasjonsprosesser

Jeg har i dette teorigapittelet valgt å inkludere tre ulike former for involvering i innovasjonsprosesser, **brukerdreven innovasjon**, **medarbeiderdreven innovasjon**, og **skapende arbeidsform**, da deltagende og samarbeidsdrevne arbeidsformer allerede er utbredt i helsevesenet og allerede tidlig etter innføring av Samhandlingsreformen synes de å være de foretrukne arbeidsformer.

«Medarbeider» har jeg valgt å definere som *en som er ansatt i en bedrift*.

I innovasjonssammenheng vil medarbeideren være en del av innovasjonsutviklingen på arbeidsplassen gjennom sine erfaringsbaserte kunnskaper. (kunnskaper om produksjon og teknologi, virksomhetens tjenester og produkter, brukerens behov og nye ideer til fornyelser og løsninger.)

«Bruker» har jeg valgt å definere som *en person som er bruker av tjenester eller produkter eller som berøres av beslutninger tatt av andre*.

I innovasjonssammenheng vil også brukeren være en del av innovasjonsutviklingen av et produkt eller en tjeneste enten ved brukeren aktiv i selve utviklingen eller ved ny forståelse av brukernes behov gjennom observasjon og dialog. Von Hippel (1988, 2005)

Brukerdrevet innovasjon

Eric Von Hippel (1998, 2005) hevder at brukersentrerte innovasjonsprosesser vil kunne gi større fordeler sammenlignet med mer tradisjonelle interne produsentfokusede former for innovasjon. Ved å trekke inn brukerne i innovasjonsarbeidet vil man lettere utvikle det produktet brukerne ønsker hevder Eric Von Hippel.

Begrepet «Demokratisering av innovasjon» ble lansert av Eric Von Hippel i 2005. Eric Von Hippel hevder at brukere som involveres i innovasjonsarbeid, deler oftere sine innovasjonshistorier med andre og skaper dermed brukerinnovative samfunn. Von Hippel går så langt at han mener produsenter og tjenesteleverandører bør redesigne sine innovasjonsprosesser og at de systematisk bør søke ut etter innovasjoner som er utviklet av brukerne. For designere av Samhandlingsreformen vil Eric von Hippels tanker være som «musikk i ørene».

I Stortingsmelding nr.34-1996-97 defineres også brukermedvirkning på en måte som samsvarer godt med Von Hippels tenkning:

«De som berøres av en beslutning, eller av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud».

Eric von Hippel bruker hovedsakelig begrepene brukersentrert innovasjon og ledende brukere ("lead users").

For å forklare hva brukerdrevet innovasjon egentlig innebærer har jeg valgt å presentere 2 modeller fra Jørgen Rosted (2008). Jeg mener at disse modellene forklarer godt hvordan brukerdreven innovasjon skjer i helsevesenet.

I dagens samfunn og særlig etter innføring av Samhandlingsreformen, er brukermedvirkning en demokratisk rettighet som krever overføring av erfarings basert kunnskap fra bruker til for eksempel beslutningstaker eller tjenesteyter.

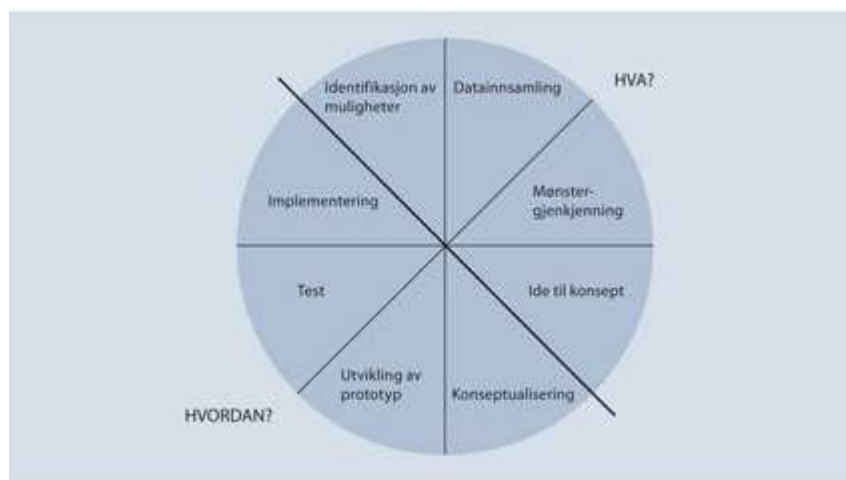


Fig 5. « Innovasjonshjulet» Rosted (2008)

Den første modellen belyser de ulike metoder for brukerinnvolvering i løpet av innovasjonsprosesser. Modellen deler inn arbeidet i to faser: Hva? fasen og Hvordan? Fasen. I *hva fasen* identifiserer man brukerens behov og hvilke muligheter som finnes. I tillegg beslutter man hvilke løsninger man skal utarbeide.

I *hvordan fasen* utvikles de nye løsningene i detalj, testes ut, justeres før man implementerer løsningen.

I Rosteds andre modell figur 6. skilles det mellom **anerkjente** og **ikke anerkjente** behov. I mange sammenhenger kan det derfor være bedre å observere eller involvere brukeren direkte istedenfor å sende dem en spørreundersøkelse.

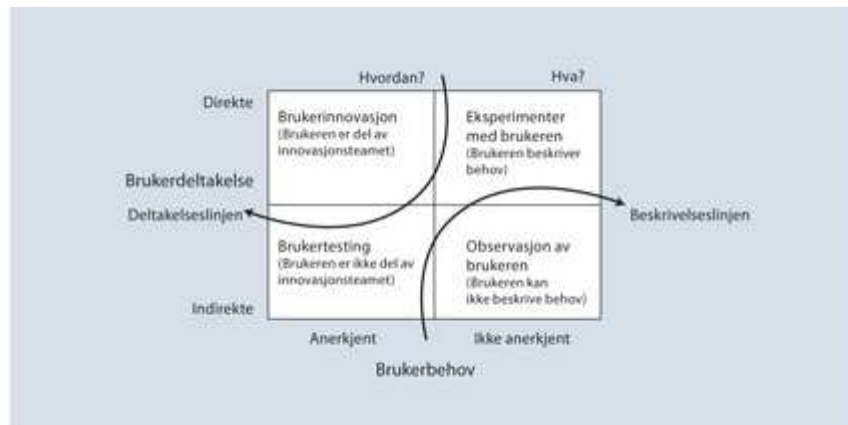


Fig.6 Modell for kartlegging av innovasjonsprosesser (fra bedriftens perspektiv) Rosted (2008)

Modellen er del inn i fire ulike områder. Brukerinnovasjon, Brukertestning, Observasjon av bruker og Eksperimenter med bruker. I tillegg er modellen delt inn i Indirekte involvering og direkte involvering av bruker samt anerkjente og ikke anerkjente behov.

Brukerinnovasjon medfører at brukeren er direkte involvert i utviklingen av innovasjonen. Eksperimenter med bruker nyttes når bruker kan formidle sine behov og kan være aktiv med i utviklingen/testingen av innovasjonen. *Brukertestning* benyttes når brukerens behov er kjent og velavklart slik at det ikke er nødvendig at brukeren involveres i selve utviklingen. Observasjon av bruker, nyttes når brukers behov ikke er kjent, kanskje fordi kommunikasjon med bruker er umulig. Denne modellen belyser mange av de innovasjonsprosesser som foregår og kommer til å foregå som et ledd i implementering av Samhandlingsreformen.

Medarbeiderdrevet innovasjon (MDI)

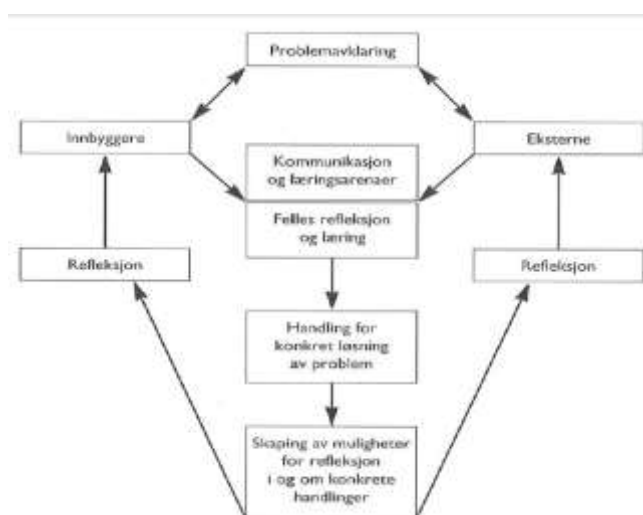
LO definerer medarbeider drevet innovasjon som «innovasjoner som er frembrakt gjennom en åpen og inkluderende innovasjonsprosess, basert på en systematisk anvendelse av medarbeidernes ideer, kunnskap og erfaring – som er utviklende for virksomhetens totale innovasjonsevne»(www.lo.no) Kjernen i dette er troen på at de ansattes kompetanse og verdier er verdifulle i organisasjoner evne til innovasjon.

MDI betyr at alle medarbeiderne opplever anerkjennelse som ressurser og kilder til forbedring, forandring og nytenking.

Faktoren lederstøtte(leader support) fremholdes av Smith et al 2008 (i Aasen og Amundsen, 2011) som den mest betydningsfulle enkeltfaktoren for MDI. De slår fast at dersom medarbeiderne opplever situasjonen som lite støttende fra lederhold, vil de neppe ta initiativer og framføre ideer som kan resultere i innovasjon.

I sin bok *Forandring som praksis* av Morten Levin og Roger Klev (2009) presenterer «den samskapte læringsmodellen». Jeg mener at denne modellen også beskriver godt medarbeiderdreven innovasjon og har derfor valgt å integrere den i teorikapittelet i min oppgave. Modellen viser at alle medarbeidere i organisasjonen må inkluderes i utviklings prosesser, de kommunikative prosessene må integreres, og man må skape felles arenaer for læring, kommunikasjon og refleksjon. Målet er å komme fram til konkrete løsninger på organisasjonsmessige problemstillinger og integrering av læringsprosessen i organisasjonen sitt daglige virke.

Levin og Klev har delt organisasjonsutviklingsprosessen inn i tre faser: den første er avklaring av problem eller utfordring, den andre er oppstart og iverksetting, den tredje er den kontinuerlige læringsspiralen. Både de to læringssløyfene og de tre fasene i organisasjonsutviklingsprosessen er integrerte i "den samskatten læringsmodellen".



Figur 7. Den samskapte læringsmodell. Klev og Levin(2009)

En god prosess vil resultere i gode praktiske løsninger som på samme tid følger demokratiske spilleregler gjennom høy grad av medvirkning, og en kunnskaping som er transparent og gjennomført med deltakere av alle involverte. Ny innsikt blir både inngravert i ny praksis og vil på samme tid gi grunnlag for forskningsbasert analyse og kunnskapsformidling. Klev og Levin (2009)

«Skapende arbeidsform»

(Austin & Devin (2003 i Aasen & Amundsen, 2011)) forklarer ledelse av innovasjonsprosesser som skapende arbeidsform. Forklart på annen måte som ledelse av fremvoksende ideer. Austin & Devin (2003) hevder at de som er satt til å utvikle nye ideer kan lære mye av teaterfagets tenkning rundt improvisasjonsbasert prestasjonsledelse. Målet er å utnytte fullt ut mulighetene som ligger i den enkeltes talent og ferdighet. Essensen i skapende arbeidsform er at man holder fast ved uforutsigbarheten og ikke beskytter seg mot den. En skapende arbeidsform kjennetegnes ved fire kvaliteter. Slippe løs, samarbeid, samspill og samresultat.

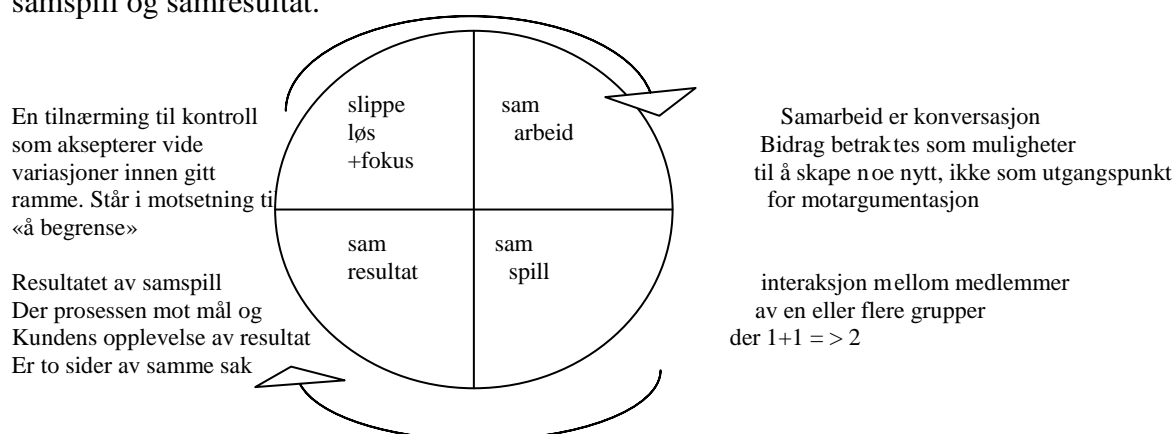


Fig.8 Fire kvaliteter ved skapende arbeidsform.
Austin & Devin 2003 (i Aasen & Amundsen 2011)

En »skapende» arbeidsform å utvikle gode, kreative samarbeidsprosesser uten å miste fokus på kvaliteten i resultatene. «Samresultat» vokser frem fra et vellykket samspill mellom dyktige individer som ønsker å få til noe sammen, der fremvoksende ideer konvergerer mot et felles resultat. En forutsetning for dette er at enkeltpersoner og grupper har frihet til å foreslå å utvikle ideer, og at det er aksept for denne type arbeidsform.

En lignende arbeidsform beskriver Otto Scharmer i det han kaller «Teori U». (2008) Arbeidsmetodikken her har likhetstrekk med «skapende arbeidsform», ved at man etablerer et mentalt, kreativt frirom borte fra den daglige drift hvor deltagerne kan konsentrere seg om innsiktsfull utveksling av ideer. Man skal lytte til sine omgivelser, motta informasjon, og lytte med hjertet istedenfor hjernen, før man starter arbeidet med å utforme nye løsninger.

4.3 Ledelse av innovasjonsprosesser

4.3.1 Innovasjonskompetanse/ Lederrollen

I litteraturen finnes ingen fasit på innovasjonskompetanse, fordi situasjonen og kontekst samt betingelser ikke er statiske men varierer. Et annet element er at personal grupper består av ulike individer med forskjellig viten, erfaring og kompetanse.

Innovasjonskompetanse består av et fundament av grunnleggende viten og ferdigheter.

Ferdigheter som utvikles gradvis via øvelse og erfaring. Og er avhengig av den konteksten den har sitt utspring i.

Utfordringen i innovasjonsledelse er å bidra til fremvekst av kultur og arbeidsbetingelser som stimulerer kontinuerlig innovasjon, og som fører til varig kompetanseevne. Manz et al 1998 (i Aasen & Amundsen 2011) hevder at ledelse så langt er den eneste faktor som er vist å ha klar sammenheng med vellykket innovasjon, på tvers av organisasjoner og typer, nivå og stadier av innovasjon.

Hansen & van Oetinger 2001(i Aasen & Amundsen, 2011) beskriver den «T forma leder». T en betegner at innovasjonsledere må inneha to typer kompetanse. Den ene er evne og vilje til å dele ideer og ekspertise fritt på tvers i organisasjonen, den andre kompetansen er og samtidig håndtere et ansvar for resultater i egen enhet.

I ulik innovasjonslitteratur trekkes tillit frem som et vesentlig aspekt når det handler om innovasjon. Tidd & Bessant (2009) viser også til betydning av tillitsbygging og sier det slik: Tillit fremmer åpenhet, reduserer frykten for å feile og stimulerer viljen til å prøve ut ulike ideer. Tillit er en strategi for mestring av sosial risiko, det er basis for samhandling og åpenhet, og blir av flere fremhevet som en grunnleggende forutsetning for innovasjon.

Hansen 2009 (i Aasen & Amundsen, 2011) sier at samarbeid for kunnskapsutvikling støttes best gjennom etablering av det han kaller raske nettverk. Med dette menes at lederne bidrar til at medarbeiderne får oversikt over hvem som kan hva, både internt og utenfor organisasjonen. Målet er å gjøre det enklest mulig å finne frem til personer som kan bidra inn i innovasjonsarbeidet.

4.3.2 Strategisk helseledelse

Strategisk tenkning og evne til å gjennomføre strategiene er blitt avgjørende faktorer for å kunne lede dagens sykehus. John Arild Johannesen og Johan Olaisen sier i sin bok «Strategisk helseledelse» (2004) at strategisk ledelse i sykehus er en prosess som skal sørge for at ledelsen er i stand til å takle de eksterne endringene som påvirker sykehuset.

Videre sier de at strategisk ledelse er den prosessen som skal sette sykehuset i stand til å takle ulike endringer som kulturelle, strukturelle, endringer i ressursbruk, nye innovasjoner osv.

Forfatterne betrakter strategisk ledelse som «kart og kompass» for å kunne ta de riktige avgjørelsene og stake ut kursen for sykehuset.

Det fremheves videre at hovedprosessene i strategisk ledelse er å kontinuerlig vurdere omverdenen, samt å kunne tilpasse seg til omverdenen og således skape sykehusets fremtid.

Forfatterne av boken påpeker at sterk involvering av fagfolkene, med brei bruk av både bottom up og top down kommunikasjon, vil være helt avgjørende for å lykkes.

Forfatterne sier sågar at dette forutsetter at alle ansatte tenker som om de var en leder.

Strategisk ledelse betyr at man må ha blikk for fremtiden og være «øyet mot fremtiden»

Aasen & Amundsen (2011) forklarer at en enkel måte å se innovasjonsstrategi på, er at det handler om å utforske og utnytte muligheter.

Evne til å skape, integrere og anvende kunnskap, kan være en ønskelig og strategisk viktig egenskap for en organisasjon. Hamel & Prahalad 1994 (i Aasen & Amundsen, 2011) omtaler dette som kjernekompetanse, definert som kollektiv læring i en organisasjon.

4.3.3 Innovasjonskultur og ledelse

Jim Collins, overbeviser i boken «Good to Great» (2002) at organisasjonskultur er av største betydning for i det hele tatt å lykkes som organisasjon. Han hevder med stor overbevisning følgende:

”Dyrk frem en kultur hvor disiplin står i sentrum-disiplinerte ansatte, disiplinerte tanker og disiplinerte handlinger. Sørg for at de ansatte tar ansvar og er mest mulig selvgående. Dette er mulig hvis alle kjenner selskapets suksessformel og hvis rammene som ansvaret og friheten praktiseres innenfor er tydelig kommunisert og forstått.»

Collins sier at forbedringen begynner med at man sørger for å få selvdisiplinerte mennesker om bord. Man trenger disiplin for å konfrontere virkelighetens brutale fakta, samtidig som

man bevarer en klippefast tro på at man kan og vil skape en vei til fremragende karakter. Jim Collins (2001) Dette stiller særlige krav til leder.

Edgar Schein (2004) sier i sin bok *Organizational Culture and leadership* at organisasjoner har behov for å tilpasse seg den økende frekvensen av endringer i organisasjoner. Han fremhever 10 ulike kriterier for etablering av en *læringsorientert kultur*.

- En proaktiv innstilling basert på organisasjonsmedlemmer som problemløsere.
- Gjennom en forpliktelse til å lære understreker Schein betydningen av læring.
- Leder må ha en positiv innstilling til omverdenen ved å delegere ansvar.
- Leder må ha kontroll over situasjonen selv i turbulente tider.
- Gjennom en forpliktelse til sannhet skal leder vise respekt for andres løsningsforslag og bør også hente inspirasjon utefra organisasjonen.
- Åpen kommunikasjon om oppgaverelevant informasjon.
- Mangfold understrekes som viktig
- Gjennom forpliktelse og systemtenkning fordrer lederens evner til å tenke komplekse modeller fremfor årsak og virkningsforhold.
- Lederens og organisasjonens villighet til å analysere og forbedre kultur understrekes som siste kriterium.

McLean 2005 (i Aasen & Amundsen 2011). Foreslår fem organisatoriske forhold som skal fremme kreativitet og innovasjon og et sjette forhold som virker hemmende. Disse faktorene er: *organisatorisk oppmuntring*: Dette inkluderer for det første oppmuntring til ide generering, og til å ta risiko. Videre påpekes det at ideer må bli møtt av støttende positive vurderinger, og at ideene deles fritt i samarbeidskonstellasjoner.

At ledelsen har en positiv innstilling i forhold til medvirkning og gir muligheter for innflytelse på beslutninger anses som viktig. Et annet sentralt forhold er behovet for kommunikasjonsmuligheter på tvers i organisasjonen, mellom grupper og avdelinger.

Den andre faktoren som nevnes er: *støttende ledelse*. Her handler det om hvordan ledelsen støtter opp om de ulike team. Her har også lederfremferd stor betydning. Man fokuserer på evne til åpenhet, konfliktløsning, tydelighet i formidling av mål og forventninger samt en leder som oppmuntrer til risikotaking som viktige egenskaper som vil fremme innovasjon.

Utviklende arbeidsgrupper trekkes frem som en viktig faktor fordi man antar at innovasjonsevnen øker når personer med ulike referanserammer utveksler ideer. Den fjerde faktoren *frihet og selvstendighet* medfører at de ansatte gis frihet til å styre hvordan de vil utføre sine egne arbeidsoppgaver.

Den femte faktoren *ressurser*. Her handler det om hvordan man disponerer tid og penger i organisasjonen.

Den sjette faktoren som nevnes som hemmer for innovasjon er *kontroll*. For mye kontroll kan virke negativt på de ansattes motivasjon og kan medføre redusert kreativitet og innovasjonsevne.

Før datamaterialet presenteres og drøftes, vil jeg beskrive den metodiske tilnærmingen i denne studien.

5.0 Metode

«En metode skal hjelpe oss til å samle inn data, det vil si informasjon om et fenomen vi ønsker å undersøke» Ghauri og Grønhaug (2005).

I dette kapittelet vil jeg begrunne mitt valg av metode. Jeg vil så redegjøre for kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode, og trekke frem ulike aspekt ved det kvalitative forskningsintervjuet i min undersøkelse. Jeg vil også redegjøre for hvordan intervjuene, datainnsamlingsprosessen og transkriberingen av materialet er gjennomført. Avslutningsvis belyses nærmere begrepene måleproblematikk, reliabilitet og validitet.

5.1 Valg av forskningsdesign

Metodisk har man alltid flere mulige innfallsvinkler i forhold til problemstillingen man har valgt. Formålet med min studie er å beskrive og forstå hvordan man på best mulig måte kan tilrettelegge for gode innovasjonsprosesser i sykehus, og avdekke hvilke tiltak, faktorer og drivkrefter som utpeker seg å ha effekt i denne sammenheng. Jeg har i denne studien valgt kvalitativ metode som forskningsmetode i mitt forskningsarbeid

For å belyse problemstillingen har jeg derfor gjennomført intervjuer med 8 mellomledere ved et mellomstort sykehus. I tillegg har jeg studert litteratur som omhandler innovasjon og da særlig medarbeiderdreven og brukerdreven innovasjon. I arbeidet har jeg i stor grad valgt å legge vekt på selve innovasjonsprosessen, og hvilke faktorer som synes kritiske for å lykkes med innovasjonsprosesser.

For å belyse valgte problemstilling har jeg som case valgt Samhandlingsreformen og Nasjonal tiltaksplan som er store pådriver for innovasjon i helsevesenet.

5.2 Kvalitative og kvantitative metoder

Det finnes to hovedretninger innen forskningsmetoder, henholdsvis kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ metode kan bestå av f. eks. av skriftlig spørreundersøkelse pr. post, web baser spørreundersøkelse. De data man får inn omformes så til tall og mengdestørrelser.

Kvantitative undersøkelser kan nyttes år etter år for å sammenligne eller se endringer.

Mitt utgangspunkt var det oppsøkende intervjuet der informantene blir intervjuet på sin egen arbeidsplass.

Jeg gjennomførte alle intervjuene høsten 2012. Forskningsintervjuet kan i følge Steinar Kvale beskrives som en spørreform med metodisk bevissthet der fokus er på interaksjon mellom intervjuer og den som intervjues. Kvale (2007)

Kvalitativ metode er en forskningsmetode hvor man benytter seg av litteratur, observasjon, intervju og samtaler.

Forskeren forsøker å avdekke mønster i de fenomen han undersøker og tar dette med inn i sitt arbeid med tolkningen av materialet. Ved kvalitativ metode er intensjonen et ønske om et totalperspektiv, det vil si å forstå noe i sin helhet. I kvalitativ metode formuleres ord istedenfor tall. Et spesielt kjennetegn ved metoden er nærheten til datakilden og ønsket om å få frem informantenes egen forståelse av de fenomener det forskes på. Kvalitative undersøkelser kan gi dypere informasjon rundt en problemstilling. Av og til kan det faktisk være en fordel å kombinere kvantitative og kvalitative elementer innenfor en og samme studie. Styrken i kvalitativ metode ligger i at den er fleksibel, åpner opp for det unike og samtidig er åpen for ny informasjon.

5.3 Intervju som forskningsmetode

Kvale (1998) definerer det kvalitative forskningsintervjuet som et intervju som har til mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomenene.

I denne studien velger jeg med bakgrunn i problemstillingen personlige intervju(ansikt til ansikt) i form av semistrukturert intervju. Semistrukturerte intervju gir både stabilitet og fleksibilitet. Fleksibiliteten gjør at vi kan gå mer i dybden der det synes behov for det ved å stille tilleggsspørsmål, noe man ikke har mulighet for ved strukturerte intervju. Stabilitet fremkommer gjennom standardisering av spørsmålene som vil være nyttig ved analysering og tolkning av respondentenes svar.

En annen fordel ved semistrukturerte intervju er at det åpnes for spontanitet. Ulempene ved metoden er at den er ressurskrevende og at dataanalysen er tidkrevende.

5.4 Datainnsamlingsprosess

Jeg valgte å benytte en kategoribasert analyse når dataene skulle systematiseres.

Deretter ble teoretisk forståelse og interesse lagt til grunn når kategoriene skulle inndeles.

De ulike emnene i intervjuguiden dannet et viktig utgangspunkt for første kategorisering av svarene. De var med å tydeliggjøre hva som skulle analyseres med de muligheter og begrensninger som lå innbakt i intervjuguiden.

Transkriberingen etter hvert intervju førte til at jeg fikk et godt helhets inntrykk av det innkomne datamaterialet. For meg ble det viktig å søke å forstå intensjoner, tiltak, prosesser og handlinger som har foregått i organisasjonen. Jeg har prøvd å vektlegge informantenes egne opplevelser og forståelse, og se dette i lys av Samhandlingsreformen og Nasjonal tiltaksplan. Jeg har også vektlagt å se etter forklaringer, mønstre, og det å se fenomen i en kontekst.

Informasjonen jeg gjennom intervjuene ble først inndelt i 16 forskjellige kategorier som så i den aksiale kodingen ble til 8 sub kategorier. Disse sub kategoriene er: **Ledelse, strategi, forvaltning av ressurser, kultur, støttemekanismer, Nettverk/kompetanse, Samhandlingsreformen og Nasjonal tiltaksplan og Forskning og utvikling.**

Med utgangspunkt i teorier og teoriperspektiver om innovasjon og innovasjonsprosesser, valgte jeg teoriperspektivene *forut* for analysen av dataene. De sentrale begrepene som fremkom gjennom arbeidet med teoridelen samsvarte godt med de 8 sub-kategoriene fra empirien og er derfor ført videre gjennom presentasjon av funn samt analyse/ drøftingsdelen. Jeg har valgt å plassere kategoriene samlet under de to forskningsspørsmålene mine og de vil således danne overskriftene både i presentasjon av funn og i min analyse/drøfting.

Fordi nesten alle respondentene er ledere jeg kjenner, vil det alltid være en fare for at min subjektivitet kan komme til å prege mine funn, derfor har jeg valgt å la stemmene til respondentene komme tydelig frem i materialet ved å velge ut mange sitater fra de ulike respondentene.

5.5 Gjennomføring av intervjuene

Undersøkelsen startet med at jeg rettet en forespørsel til min klinikkdirektør om å få tillatelse til å gjennomføre intervjuene. Prosjektet ble godkjent og arbeidet med å finne frem til informanter begynte. Aktuelle informanter ble kontaktet pr. telefon, informert om arbeidet mitt, hensikten med intervjuene, hvordan data skulle oppbevares og gitt informasjon om anonymitet. Deretter ble de spurt om de kunne tenke seg å delta i intervju. Hvert intervju tok mellom 60-90 minutt. Intervjuene ble gjennomført over en periode på 4 uker. Det ble gitt samtykke til bruk av båndopptaker ved alle intervjuene.

Jeg valgte å informere informantene om tema i forkant av intervjuene, i håp om å få fyldigere svar på spørsmålene og dermed øke kvaliteten på intervjuene.

I forkant av intervjuene utarbeidet jeg en intervjuguide først og fremst for å sikre sammenlignbare svar. Intervjuguiden var utformet med noen hovedspørsmål, og underspørsmål for å utdype ytterligere. Intervjuguiden var også tenkt å fungere som sjekkliste for å sikre at respondentene uttalte seg om og reflekterer rundt de samme tematiske aspektene.

Før «hoved intervjuene» startet gjennomførte jeg et «test intervju» særlig for og kvalitet sikre intervjuguiden og opptaker. Testintervjuet førte til mindre korrigeringer i intervjuguiden.

5.6 Populasjon og utvalg

De som intervjues kan enten være informanter eller respondenter, skriver Holter (1996). Informanter forteller særlig om den eller de sosiale sammenhenger hun eller han er en del av, mens respondenter vanligvis blir bedt om å snakke om seg selv og sitt forhold til det sosiale liv. Ut fra denne måten å definere begrepene på har jeg valgt å omtale mellomlederne jeg intervjuet som informanter.

Jeg valgte å intervju 8 mellomledere som alle leder sykehusavdelinger med antatt høy «innovasjonsfaktor». Jeg tilstrebet å få et så bredt utvalg av informasjonsrike informanter som mulig fra ulike avdelinger fordelt på ulike sykehus i foretaket.

Ved intervju med kun 8 informanter kan man aldri med 100 % sikkerhet si at svarene er representative for hele Helseforetaket, dog vil svarene gi en pekepinn på status.

5.7 Måleproblematikk

Måleproblematikk handler om jeg har klart å måle/ fått besvart de forskningsspørsmål jeg har bygget studien på gjennom mitt valgte instrument for datainnsamling. I mitt tilfelle intervjuer. Antall informanter gir et begrenset empirisk utvalg, men begrenser på ingen måte informantenes opplevelser/ historier, men kan sammen med at arbeidsplassen er på et mindre sykehus utgjøre et problem i forhold til overførbarhet og generaliserbarhet til for eksempel Universitets sykehus.

5.8 Validitet og reliabilitet i intervju

For å kunne bruke data i en analyse og for å kunne trekke troverdige konklusjoner må man anslå reliabilitet og validitet. Validitet sier noe om spørsmålenes evne til å måle det de er tenkt å skulle måle, mens reliabilitet dreier seg om å oppnå høy grad av konsistens.

Med høy grad av konsistens menes det at informantene oppfatter spørsmålene likt. Saunders et al (2007).

Med andre ord kan vi si at reliabilitet handler om det foreligger tilfeldige målefeil.

I min studie er validiteten av data avhengig av at jeg stilte relevante spørsmål til temaet og problemstillingen. Gjennom grundig forarbeid med intervjuguiden med vel gjennomarbeida spørsmål og god forberedelse av intervjusituasjonen har jeg forsøkt å styrke dataenes validitet. For å styrke reliabiliteten eller påliteligheten, var det viktig å redusere tilfeldige målefeil ved å være bevisst på dette under planlegging av, gjennomføring av intervjuene, transkripsjon og analysen. Ryen (2002).

Bruk av lydopptak gir også en ganske høy grad av sikkerhet i forhold til feiltolkning av informantenes utsagn, i det man hele tiden kan gå tilbake til intervjuet og sjekke opplysningene. Bruken av en semistrukturert intervjuguide bidrar også til at alle informantene uttalte seg om de samme spørsmålene.

Ryen (2002) fremhever verdien av god intervjuadferd for å kunne bygge opp nødvendig tillit, fordi målet med intervjuet er å forstå og tillitten skal gi den som intervjuer tilgang til informantens forståelse.

6.0 Presentasjon av funn

Når jeg presenterer funn har jeg valgt å ta utgangspunkt i mine forskningsspørsmål som er:

Hvordan organisere for gode innovasjonsprosesser i sykehus?

- 1. Hvilke strategier benytter ledere ved gjennomføring av innovasjonsprosesser i sykehus?*
- 2. Hvilke drivkrefter, tiltak eller faktorer pekes ut som viktige for å lykkes med innovasjonsprosesser, og hvordan er dette bildet sammenlignet med de prosesser som beskrives i min empiri?*

Funnene presenteres under de 8 sub kategoriene som utkrystalliserte seg når empirien ble bearbeidet.

Denne studien gir ingen fasit på hvordan man best kan, og bør arbeide med innovasjonsprosesser i sykehus, men «tar temperaturen» på innovasjon i sykehus og gir et innblikk i hvordan mellomledere i et mellomstort sykehus tenker rundt og arbeider med innovasjon i det daglige.

Informantene gir et innblikk i ulike strategier de velger for å få best mulige innovasjonsprosesser i sykehus deler sine meninger om hva de mener må til for å organisere for gode innovasjonsprosesser i sykehus.

Informantenes egenforståelse av arbeid med innovasjonsprosesser er særlig interessant i lys av at det i forbindelse med innføring av Samhandlingsreformen har vært fokusert mye på innovasjon og innovasjonstakt i helsevesenet, fra myndighetene sin side.

Det første funnet som presenteres er betydningen av ledelse i et innovasjonsperspektiv. Her ønsket jeg å få frem mellomledernes egenforståelse av rollen de som ledere har i innovasjonsprosesser, og hvordan de i praksis arbeider med, og gjennomfører ledelse av innovasjon i sykehus. Hvilke strategier /tiltak velger de selv, og hva mener de at de som leder og toppledelsen bør bidra med for å fremme innovasjon i helsevesenet.

Ledelse

Innledningsvis i de individuelle intervjusamtalene ble informantene spurt om hvilken rolle de som mellomleder har i forhold til innovasjonsprosesser i egen seksjon.

Flertallet av informantene var tydelige på at de som *leder* av seksjonen var de som hadde ansvaret for innovasjonsarbeidet og at deres håndtering av dette var avgjørende for om man ville lykkes med innovasjonsarbeid eller ei. Informantene hadde ulik erfaring med slike prosesser og ulik praksis for å gjennomføre utviklingsarbeid i sin seksjon. Likevel var det en ting de var nokså samstemte om. For det første beskrev seg selv som sentral pådriver, som loste de ulike innovasjonsprosessene i havn i kraft av sin lederstilling.

Bare en av informantene var del av et «lederteam» som sammen hadde ansvar for å lede utviklingsprosesser i sin seksjon.

En av mellomlederne uttrykte dette om egen rolle forståelse:

«Alle slike prosesser ligger på meg, men jeg skulle ønske jeg hadde mer kompetanse innen innovasjon.»

Flere av informantene var tydelige på at det at de ansatte opplevde å bli tatt på alvor var avgjørende for at de bidro inn og engasjerte seg i utviklingsarbeidet.

Mange av informantene sa noe om betydningen «ildsjeler» hadde i slike prosesser:

«Jeg har ansvaret, men i min seksjon har jeg en »ildsjel«, med erfaring fra universitetssykehus, som jeg delegerer noen prosesser til. Han er kjempegod til å få de ansatte med seg fra starten av. Det har mye med talent å gjøre!»

Flere av informantene beskrev seg selv som «pådriver», den som holdt motet oppe, våket over ideen og dro prosessen fremover. Beskrivelser som denne gikk igjen:

«Jeg har erfaring fra en del større innovasjonsprosesser, og som regel er det meg som både tar initiativ til og leder utviklingsprosesser i min seksjon, men jeg har to nokså nyansatte som viser stor interesse for innovasjonstenkning, de er svært gode å ha som støttespillere og diskusjonspartnere i slike prosesser.»

Den av mellomlederne med lengst ledererfaring hadde sterk tro på delegering og involvering:

«Vårt fagområde har vært preget av behov for å tenke smarte løsninger så lenge jeg kan huske. Vi har alltid noen pågående innovasjonsprosesser i seksjonen, små eller store. Jeg som leder har ansvaret for alle, men det er ofte ulike grupper som får ansvaret for å gjennomføre prosessen.»

Hvordan mellomlederne i praksis i det daglige ledet innovasjonsarbeidet i egen seksjon var ulikt. Få hadde satt innovasjonsarbeidet i system og ønsket om å kunne hatt en felles praksis i sykehuset for ledelse av innovasjon ute i seksjonene ble fremstilt av flere av informantene. Flere av informantene hadde tilnærmet denne måten å lede innovasjonsarbeidet på:

«Når det kommer en ide eller et utviklingsforslag, setter vi først ned en intern arbeidsgruppe som vurderer om ideen er liv laga, og er den det, utvides gruppen med andre nøkkelpersoner etter behov for å forme ideen til et endelig prosjekt. Viktig for meg at den som har fremmet ideen er med i utviklingen av den.»

«Jeg har tett dialog med alle mine ansatte. Ideene kommer som regel til meg. Vi tar ideene opp til evaluering på personalmøter, og setter ned arbeidsgrupper dersom det ser ut som om ideen lar seg videreutvikle og gjennomføre.»

En av respondentene fremla sin helt egen metode, basert på egen erfaring over tid:

«Av og til når vi ser at barrierene og omkostningene blir store i endelig løsning, starter vi opp i småskala, for så å utvikle ideen litt etter litt. Det har vist seg å være smart!»

Noen få av informantene tok arbeidet med innovasjon «på sparken» og forklarte dette slik:

«Vi har ikke noe system for å ivareta dette, burde nok hatt det. Det blir mye «ad hoc» arbeid».

Tett dialog med medarbeiderne, anerkjennelse av faglighet og betydningen av tillit ble også trukket frem som viktige faktorer. Andre strategier som fremsto å ha stor betydning var at leder tydelig formidlet at han/ hun anerkjente de ansattes faglighet og kunnskap.

Informantene fokuserte også på at det var av stor betydning at leder var tett på sine ansatte og hadde en åpen og god dialog og var tydelig på at han virkelig ønsket bidrag fra medarbeiderne.

«Jeg mener det er viktig at leder anerkjenner de ansattes faglighet, og det handler om at de opplever tillit fra sin leder.»

Flere av informantene snakket om å være trygg i lederrollen som viktig for å lede innovasjonsarbeidet. Noen av informantene trakk i tillegg frem leders personlige egenskaper som svært betydningsfulle for å lykkes med innovasjonsarbeid. At leder fremsto som trygg, var engasjert og hadde evnen til å dra medarbeiderne med seg i innovasjonstenkning, ble fremsatt som viktige egenskaper.

Mange trakk også frem betydningen tillit og det å bli sett har når man som leder skal arbeide med utvikling av egen seksjon. Alle informantene gav uttrykk for at de opplevde stor grad av tillit fra sin overordna leder og sykehusledelsen. Samtlige var også bevisste på at det å evne og gi tillit til sine ansatte og samarbeidspartnere var av like stor betydning for vellykkede prosesser. Dette kom til uttrykk slik:

«Jeg ser jo at de ansatte viser tydelig glede over å kunne få jobbe med utviklingsarbeid og nye ideer!»

Det å bli gitt tillit, og det å oppleve å bli sett var også av stor betydning for mellomlederne selv. Det gav økt forståelse av verdien av egne bidrag. En av informantene forklarte dette på denne måten:

«Ja, jeg opplever stor grad av tillit. Jeg har gjennomført noen gode prosesser, og opplever at min sjef av og til løfter disse som eksempler i ulike fora. Det er jo kjekt og gir glød til videre arbeid.»

Det kan faktisk gis for mye tillit til enkelte ledere. En av informantene kom med dette «hjertesukket»:

«Jeg er vel gitt nesten for mye tillit... Jeg har liten erfaring med innovasjon og gjennomføring av slike prosesser, likevel blir ansvaret for å lede slike prosesser lagt på meg, gang på gang.»

Ingen av informantene hevdet å inneha god kompetanse på innovasjonsområdet. De etterlyste kursing og opplæring i å forstå og gjennomføre innovasjonsprosesser.

Strategi

Strategi legges på ulike nivå i norsk helsevesen, og dette var informantene svært bevisste på. Helse og omsorgsdepartementet, Regjeringen, Regionalt helseforetak og eget helseforetak ble trukket frem som de som legger overordna Strategi og føringer som setter økonomiske rammer for driften helt ned på seksjonsnivå. Informantene var nokså samstemte om at strategi og innovasjonsaktivitet i helseforetaket hørte nøye sammen. Samtlige informanter etterlyste at toppledelsen la en overordna strategi for innovasjon i foretaket. Informantene ble også spurt om hvordan målene ble satt for utvikling av egen seksjon. Alle informantene pekte på at mange av målene ble satt av overordna føringer på høyere nivå, som de som mellomledere ikke hadde noen mulighet å påvirke.

Når det gjelder frirommet sett ut fra denne konteksten, så uttrykker alle informantene klart en følelse av begrensning. Dette begrunnes i eksplisitte krav og direktiver fra toppledelse om hva man skal jobbe mot.

En av informantene uttrykte det slik:

«I sykehus har vi jo mange overordna føringer å forholde oss til, derfor er det ikke alltid at vi setter de strategiske målene helt på egenhånd, men hvordan vi skal nå målene er det opp til oss å si noe om»

En annen mellomleder hadde denne forståelsen:

«De store målene settes av sykehuseier via det såkalte «Bestiller dokumentet», i tillegg styres vi jo både av nasjonale og regionale føringer. Samhandlingsreformen gir rom for å sette mange mål, der vi selv i samarbeid med andre faggrupper og kommunene setter målene sammen.»

Noen av informantene klarte å «løfte seg over» mengden av overordna føringer og hevdet at strategisk ledelse var noe de drev med kontinuerlig. En av dem uttalte dette slik:

«De fleste mål settes av overordna føringer, men det legger ingen demping på å kunne sette egne mål for egen virksomhet. Målene for min seksjon settes sammen med fagfolkene. Klart vi

har fokus på overordna mål, men dersom man leter kan man sette utrolig mange interne mål, små og store innen egen seksjon.»

Flere opplevde at mangel på tid og ressurser skapte en følelse av at man som leder ikke strakk til i forhold til innovasjonsarbeidet. Pålagte oppgaver og økte rapporteringskrav omtales som «de reelle tidstyvene». Informantene var likevel ganske samstemte i at dersom man ikke satte av tid til å jobbe med innovasjon, så ville ikke innovasjon få tilstrekkelig grobunn.

Til tross for stramme rammer hadde informantene likevel lagt ulike lederstrategier for å løse dette.

«Jeg har lagt inn tid til refleksjon i min egen kalender, eller «spises» dagene opp med møter, møter og møter.»

«Tror de fleste ledere på mitt nivå jobber med innovasjon på fritiden, utenom det daglige arbeidet, for i det hele tatt å få det til.»

En av mellomlederne fremla en egen strategisk måte å gjennomføre innovasjon på.

«Av og til når vi ser at barrierene og omkostningene blir store i endelig løsning, starter vi opp i småskala, for så å utvikle ideen litt etter litt. Det har vist seg å være smart!»

Alle informantene påpekte at den viktigste strategien fremover var at toppledelsen satte innovasjon på dagsorden. At det ble jobbet systematisk med innovasjon. Andre viktige strategiske grep var at det ville bli viktig å etablere samhandlingsarenaer, innovasjonsgrupper og ulike nettverk, ikke minst i forhold til Samhandlingsreformen.

Økt fokus på nye teknologiske løsninger og løsninger for læringsoverføring innad i foretakene, på tvers av foretakene og mellom sykehusene og kommunene. Flere av informantene trakk frem samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og kommunene som viktige når man skal legge strategien i årene fremover. Disse avtalene ville i mange tilfeller ha direkte påvirkning på fremtidig strategiske mål i den enkelte seksjon.

En av informantene uttrykte dette slik:

«Nesten alle av de samarbeidsavtalene som nå er inngått mellom helseforetak og kommunene vil påvirke driften av min seksjon fremover, og vil følgelig ha innvirkning på strategien vi legger for årene som kommer»

Forvaltning av ressurser/ samhandling/ involvering:

Alle informantene fremhevet gevinstene av brei involvering av både toppledelse, medarbeidere, TV, VO, samarbeidspartnere og brukere i innovasjonsarbeidet. På ulike måter omtalte alle mellomlederne sine ansatte som «nøkkelpersoner» eller de som satt med den tyngste fagkunnskapen, og dette kom tydelig til uttrykk hos en av informantene.

Denne informanten pekte rent umiddelbart på hvorfor medarbeiderdreven innovasjon er så viktig:

«Nøkkelen her er annerkjennelse av de ansattes kompetanse. Når de opplever at ledelsen virkelig ønsker deres bidrag, at forslag tas på alvor, at de er verd noe i en større sammenheng, da vokser innovasjon.»

«De involveres helt fra starten av, dersom det er en av de ansatte som har fremmet ideen lar jeg vedkommende ta del i hele utviklingsprosessen, selv om vi må trekke inn mange ulike ressurspersoner før vi kan implementere ideen.»

Alle informantene pekte på betydningen av tverrfaglig samarbeid når utviklingsmål skal settes. Det fremkom av intervjuene at tverrfaglig samarbeid i økende grad var arbeidsmåten og at opprettelse av tverrfaglige team rundt pasientgrupper var økende.

Samtlige informanter trakk også frem viktigheten av å involvere tillitsvalgte og verneombud i utviklingsarbeidet.

«VO og TV har en nøkkelrolle fordi de er bindeleddet mellom ledelsen og de ansatte. Min erfaring er at dersom TV og VO er med i prosessene fra starten av, får man en smidigere prosess, bedre sluttprodukt og enklere implementeringsfase enn om man utelater disse. Dersom TV og VO tenner på og skjønner gevinsten av innovasjonen drar de de ansatte med seg.»

En annen informant som hadde god erfaring med brei involvering sa:

«Det er stort fokus på at medarbeiderne skal trekkes med. TV og VO er naturlige medspillere.»

Flere av informantene pekte på et avvikshåndteringssystem (Synergi) som kilde til innovasjon.

Da dette ble innført så de ansatte på dette som et program der man kunne sende inn klager til egen leder, men også til andre seksjoner. Etter som tiden har gått opplever lederne at dette programmet har blitt en veldig viktig kilde til innovasjonsideer. Nå arbeides det for at dette systemet også skal håndtere avvik mellom 1 og 2 linje tjenesten i forhold til Samhandlingsreformen.

Informantene forklarte «fenomenet slik:

«Ofte kommer ideene som forslag til løsninger på et problem, via avvikshåndteringssystemet Synergi. Da er det ofte ansatte på andre avdelinger som foreslår utviklingstiltak hos oss. Kjempeflott at vi har fått dette systemet!»

«Det kommer mange gode forslag til nytenkning via avvikshåndteringssystemet, og fra våre samarbeidspartnere, de ser vår drift utenfra og er jo de som kan vurdere vårt tjenestetilbud best.»

Alle informantene fortalte at alle ansatte bidro med nye ideer og utviklingsforslag, men noen påpekte også at det kanskje var en liten sammenheng mellom ansvar og bidrag. Ansatte som hadde formelt fagansvar bidro betydelig mer til innovasjon, enn ansatte uten noe fagansvar. Noen trakk frem legegruppen som ivrige bidragsytere.

«Vi er inndelt i fagområder med fagansvarlige og disse bidrar mye inn med nytenkning og forslag til smartere måter å jobbe på.»

«Vi samarbeider mer og mer tverrfaglig når utvikling er på dagsorden, målene settes oftere og oftere sammen med andre seksjoner, fordi tverrfaglig samarbeid er helt nødvendig i sykehus.»

Forankring i toppledelsen ble fremhevet som viktig av flere av informantene. De så det som svært avgjørende at toppledelsen både «la lista for innovasjon», men at de også tok del i og ansvar for at innovasjonstenkning ble det som gjennomsyret organisasjonen. Uttalelser som denne gikk igjen:

«Toppledelsen må legge «lista» for innovasjon i hele helseforetaket, og få hele helseforetaket med på innovasjonsarbeidet. Dette mangler i dag.»

Kultur /arbeidskultur for innovasjon

Samtlige informanter pekte på at det i helsevesenet alltid hadde vært kultur for innovasjon, nytenkning og fokus på å ta i bruk nye behandlingsformer og ny teknologi. Alle «savnet» likevel et overordna «løft» for å styrke innovasjonskulturen i hele foretaket. Flere av informantene sa noe om at «*det som fokuseres på kommer i fokus*». At toppledelsen og ledere på alle nivå fokuserte på innovasjon, informerte om verdien og delte kunnskap om innovasjon mente informantene ville føre til større innovasjons-engasjement blant de ansatte.

En av informantene formidlet denne opplevelsen:

«Jeg synes at vi ute i seksjonene er lenger fremme enn toppledelsen, når det gjelder å fremme ønske om eller fremme behovet for å ta i bruk ny teknologi, nye organisasjonsformer osv. Noen har vansker med å gi slipp på det etablerte, og vil holde fast ved gamle rutiner, det finnes også mye motstand mot endring i sykehus.»

En annen informant hadde denne kommentaren:

«Vi har årelang kultur for nytenkning, for å følge med i teknologisk utvikling og for å prøve ut nye ting, men selve organisasjonen hadde vel hatt godt av en fornyelse på innovasjonsområdet.»

Innovasjon ble også av flere pekt på som viktig i forhold til rekruttering av spisskompetanse og for å beholde spesialistene. At sykehuset fremsto som en moderne, fremtidsretta og nyskapende institusjon ble fremhevet som svært viktig, ikke bare i forhold til rekruttering, men også i forhold til overlevelse som mindre sykehus.

«Synes vi har en god kultur for innovasjon. Små sykehus er nødt til å være innovative, for ikke å bli slukt av universitetssykehusene. Vi må overbevise om at vi er gode og har ekspertise også på mindre sykehus slik at spesialister ønsker å arbeide hos oss.»

En av mellomlederne delte denne opplevelsen av organisasjonskultur:

«Synes vi har en god kultur for å tenke nytt! I min seksjon ser jeg jo at de ansatte viser tydelig glede over å kunne få jobbe med utviklingsarbeid og nye ideer. Jeg mener å ha klart å tenne gnisten for at innovasjon er fremtiden og en viktig del av vårt daglige virke. Jeg har bedt mine ansatte om å ha innovasjonsbrillene på hele tiden, og være på utkikk etter områder for forbedring, og nye muligheter.»

Opplevelsen av at toppledelsen i eget helseforetak ikke engasjerer seg nok ble uttrykt slik:

«Sjekket for ikke så lenge siden litt på helseforetakets intranettsider, og jeg finner ikke nevnt ordet innovasjon i det hele tatt der! På det regionale helseforetakets sider finner jeg derimot innovasjon nevnt på forsiden!»

En annen informant sa det samme på en litt annen måte:

«Vet at det satses stort på innovasjon på regionalt nivå, men på lokalt nivå har det ikke vært satset noe videre.»

Det var stor enighet om at alle ansatte på alle nivå måtte forstå betydningen av innovasjon og verdien i eget bidrag inn i dette arbeidet. To av informantenes uttalelser kan være dekkende for det flere så på som viktig:

«Det er noe med å sette fokus på utviklingsarbeid, la de ansatte få dette «under huden». Når det blir lov å tørre å tenke nytt og slippe taket på alt om «at vi pleier å», så springer det frem nytenkning!»

«Det må jobbes med innovasjonskulturen i hele foretaket»

Støttemekanismer, Infrastruktur:

Et av temaene som informantene fikk uttale seg om var hvordan de som ledere opplevde støtte for innovasjon, og hvordan deres opplevelse av infrastruktur som støttet opp om innovasjon var. Hovedinntrykket informantene gav var at de som helsearbeidere mye var overlatt til seg selv i forhold til innovasjonsarbeid uten særlig etablerte støttemekanismer.

Alle informantene savnet støttemekanismer av ulik art i sitt arbeid med innovasjon. Enkelte savnet ledernetverk, andre viste til betydningen av å opprette fagnettverk i forhold til implementering av samhandlingsreformen. Noen savnet kompetansesenter der de kunne få hjelp til å utvikle nye ideer både på system, teknologi og IKT.

System for deling av vellykka innovasjoner innad i sykehuset, mellom sykehusene og mellom foretak var ikke eksisterende samtidig var det bare en av informantene hadde etablert system for å dokumentere innovasjonsprosesser. Det var ikke noe overordna system for dette i organisasjonen som de kunne nytte.

Flere av informantene savnet et system for å implementere og sikre videre utvikling og deling av vellykka innovasjonsprosjekter i helse regionen.

Uttalelser som disse gikk igjen:

«Nei, ikke noen steder vi kan henvende oss for å få hjelp til å vurdere en ide eller et utviklingsforslag.»

En av de andre informantene bekreftet det manglende systemet på denne måten:

«Vi har ikke noe etablert system med særlig fokus på innovasjon, heller ikke noe særlig lederstøtte dedikert til innovasjon.»

Det fremkom ikke at det var organiserte innovasjonsnettverk for lederne, mens faglederne og da særlig legene inngikk i ulike fag nettverk, både lokalt, regionalt, nasjonalt og i enkelte tilfeller også i europeiske nettverk.

En av informantene som var opptatt av nettopp dette å kunne lære av hverandre og dele læring sa det slik:

«Det bør etableres rutiner for informasjonsdeling mellom foretakene, slik at vi kan «løfte» oss sammen!»

Flere av informantene uttalte at de skulle ønske de hadde mer kompetanse innen ledelse av innovasjonsprosesser i sykehus. Ingen hadde deltatt på kurs i denne sammenheng heller.

«De må satse på lederne på alle nivå, skolere og kurse oss, slik at vi får så gode prosesser som mulig.»

«Vi må øke kunnskapen om innovasjon blant de ansatte, også lederne har behov for økt kunnskap i gjennomføring av slike prosesser.»

«Tror det blir viktig å rekruttere ledere med interesse for og kompetanse innen utvikling og innovasjon fremover.»

«En plass å henvende seg til», der det var kompetanse innen innovasjon og utvikling var savnet av flere. Informantene etterlyste også mer innovasjonssatsing på IKT siden, særlig i forhold til å kunne følge utviklingen av ny IKT teknologi. Dette kom til uttrykk i utsagn som disse:

«Av og til kommer det opp ideer eller spørsmål rundt mindre teknologiske hjelpemidler. Det finnes i dag ingen steder man kan henvende seg vedrørende slike spørsmål. Vi burde fått etablert en egen innovasjonsavdeling!»

«Jeg har et sterkt behov for nærmere kontakt mellom IKT utviklere og oss som ledere, ikke minst for å kunne bli oppdatert på ny teknologi, men også for å få innspill på hvilke områder vi kan fornye oss/ bør fornye oss rent IKT messig.»

Bare en av informantene hadde system for dokumentasjon av innovasjonsprosessene. Flertallet av informantene dokumenterte svært lite, og hadde heller ingen rutine på evaluering av innovasjonsprosessene i ettertid, eller måling av effekt/gevinst. Uttalelsen til denne mellomlederen er svært dekkende for flertallet av de som ble intervjuet:

«Vi er kjempedårlige til det! Kunne jo lært av egne erfaringer, og delt de med andre.»

Hvordan informantene kommuniserte og informerte rundt innovasjonsprosesser var ganske likt. De fleste nyttet personalmøter, e- post og intranett for å få ut informasjon. Flere vektla en allerede etablert praksiskonsulentordning som noe man ville bygge videre på.

Praksiskonsulentordningen var etablert som en samhandlingskanal mellom sykehusene og fastlegene. Denne ordningen hadde også et etablert flygeblad der man kunne legge ut informasjon til hverandre.

De få som hadde etablerte fagnettverk brukte og ville videreutvikle disse fremover.

Nettverk og kompetanse

Flere av informantene hadde tro på at opprettelse av og deltagelse i faglige nettverk ville fremme innovasjon. Særlig med tanke på implementering av Samhandlingsreformen.

Til nå var det i stor grad legene som hadde tatt i bruk denne formen for samhandling, særlig i forhold til utvikling av «best practice» i pasientbehandlingen.

Det var tydelig at informantene så på nettverksdeltagelse som viktig fremover. Viktig for å bygge tillit, for å dele kunnskap og for å skape arena for gode samtaler rundt utviklings temaer. Som ledere savnet informantene et ledernettverk der innovasjon dannet rammen.

En av informantene sa det slik:

«Nei, det har jeg faktisk etterlyst, føler meg nokså alene i dette. Hadde vært veldig bra om det ble opprettet innovative nettverk, gjerne på tvers av klinikker og seksjoner.»

Flere av informantene refererte til allerede etablerte fagnettverk i sin seksjon, der enkelte også var del av regionale og nasjonale fagnettverk. De som kunne vise til allerede etablerte fagnettverk, så deltagelse i disse som svært verdifulle i forhold til innovasjon. Behovet for å strekke seg ut over eget sykehus, for å fremme «best practice» medfører at fagfolk i sykehus må samhandle på mange arenaer.

Fagfolkene, kunnskap, kompetanse og kunnskapsdeling via team og nettverk ble fremhevet som en av de sterkeste faktorene for innovasjon i sykehuset.

En av de mest erfarne informantene kom med dette utsagnet:

«Mange av mine ansatte deltar i tverrfaglige team, som har fagutvikling som hovedtema. Av og til deltar disse også både i regionale, nasjonale og faktisk Europeiske nettverk.»

Også manglende samhandlingsarenaer ble etterlyst, noe som kom uttrykk slik:

«Det må skapes arenaer der vi kan dele innovasjon internt på sykehuset, men også internt i helseforetaket og mellom oss ansatte i regionalt helseforetak.

«Det blir viktig at det jobbes systematisk med innovasjon, både i sykehus og ute i kommunene. Det blir viktig å etablere samhandlingsarenaer, innovasjonsgrupper og gjerne ulike nettverk rundt ulike prosjekter.»

«Mange av mine ansatte deltar i tverrfaglige team, som har fagutvikling som hovedtema. Av og til deltar disse både i regionale og nasjonale nettverk for å fremme fagutvikling.»

Samhandlingsreformen og Nasjonal tiltaksplan

7 av 8 informanter var i større eller mindre grad berørt av samhandlingsreformen. Flere av informantene så positivt på Samhandlingsreformen, da den nærmest «tvang» helsearbeiderne til nytenking og samarbeid om nye løsninger og utviklingstiltak. De aller fleste hadde vært, eller var involvert i prosesser som hadde sitt utspring i reformen.

Det hersket en positivitet holdning til reformen og engasjement i forhold til innovasjonsprosessene som hadde sitt utspring i reformen. Informantene var orienterte om samarbeidsavtaler som var inngått mellom helseforetaket og de ulike kommunene, og var helt tydelige på at dette også ville være svært «førende dokumenter» for driften av den enkelte seksjon fremover.

En av informantene sa det slik:

«Det er det gode med slike reformer, den «tvinger» oss inn i konstruktiv tenkning, til beste for pasientene og brukerne. Dette arbeidet kommer på toppen av daglige gjøremål, men jeg og mine kollegaer opplever arbeidet som både spennende og interessant, ja det er kjekt å få være med å samarbeide med gode kollegaer ute i kommunene.»

En av de informantene som virket mest engasjert i implementering av samhandlingsreformen uttalte:

«Det virker som det er brei enighet rundt utfordringsbildet. I vår region er det allerede satt i drift mange gode samhandlingsprosjekter. Reformen har ført til engasjement, særlig blant fagfolkene, både i sykehusene og ute i kommunene.»

Når informantene snakket om samhandlingsreformen, kom de snart inn på nødvendigheten av bruker involvering som her:

«Svært ofte må vi trekke inn brukeren og pårørende i forbindelse med overføring av aktivitet fra sykehus til kommunene.»

Et annet tilsvarende utsagn var:

«Brukerne og deres pårørende vil være nøkkelpersoner i mange prosesser fremover.»

To av informantene var opptatt av fordelene ved at ulike helsetjenester nå løftes ut fra sykehus og over i kommunen var at man nå kunne begynne å videreutvikle de tilbudene som faktisk skal skje i sykehus.

«Spesialisthelsetjenesten trengte en slik reform! Nå kan vi fase ut det behandlingstilbudet som ikke hører hjemme i sykehus, og utvikle de tilbudene som skal være i sykehusene våre.»

Flere av informantene påpekte behovet for læringsoverføring for å realisere reformen, og trakk frem flere vellykka prosesser allerede.

En av informantene forklarte det slik:

«Vi er i startgropa, men vi har vel oppdaget at det vil bli behov for mye læringsoverføring fra sykehusansatte til kommunalt ansatte, men det virker som om de er klare for det. Lokalavisene er flinke til å skrive om suksesshistoriene også, det er viktig for å trygge våre brukere i at behandlingen blir minst like god ute i kommunene.»

Ingen av informantene så på Samhandlingsreformen som en ren kontrakts reform. De uttalte alle på ulik måte at de så også på reformen som en mulighetsreform. Dette fremkom i slike uttalelser:

«Selv opplever jeg den som en mulighets reform, vi skal forme den over noen år, det vil vi trenge, men jeg er sikker på at den vil medføre mer helhetlige og koordinerte helsetjenester enn før. Det er snakk om å bruke helsekronene på en klokere måte!»

Optimisme var å spore hos alle informantene. Jeg har valgt å ta med dette utsagnet som et eksempel på det:

«Det kommer noe bra ut av alle slike reformer! Det er utrolig spennende å samhandle med kommunene om gode løsninger for pasientene og brukerne. Noen av løsningene passer gjerne bare for noen få, mens andre løsninger kan brukes for hele grupper av brukere eller pasienter. Positivt! Bare positivt!»

Nasjonal samarbeidsavtale og nasjonal tiltaksplan var det kun to av de 8 informantene som hadde hørt om. Kjennskapen til innholdet i disse dokumentene var svak, og ikke noe de forholdt seg til i innovasjonsarbeidet. Det var rent tilfeldig at de hadde hørt om disse dokumentene.

Svarene var som her:

«Vet at det eksisterer noe sånn, men kan ikke si eksakt hvor jeg har det fra. Det er ikke noen dokumenter som jeg har studert noe særlig»

«Tilfeldig at jeg fikk kjennskap til disse dokumentene. Jeg vil etterspørre hvorfor disse dokumentene ikke har nådd ned i organisasjonen i vårt helseforetak. Særlig Nasjonal tiltaksplan er et godt verktøy å støtte seg til på alle nivå i organisasjonen. Toppledelsen i foretaket burde satt seg godt inn i disse dokumentene.»

Forskning og utvikling (FOU)

Helse og omsorgsdepartementets *samhandlingsforskningsstrategi 2012-2015* sier:

Samhandlingsreformen skal fremme folkehelse og forebygging og gjennom mer koordinerte helse- og omsorgstjenester gi brukerne trygge tjenester med bedre kvalitet. For å nå dette målet må reformen *blant annet bygge på forskningsbasert kunnskap. I gjennomføringen av reformen må forskning og utvikling av nye innovative løsninger, sammen med utdanning, kompetanse og IKT tas i bruk.* Reformen må i tillegg *følges av forskning* for å kunne evaluere effekten av tiltakene i reformen. Reformen forutsetter videre at en større del av helsetjenestene skal ytes av kommunehelsetjenesten.

Samhandlingsforskningsstrategien skal bidra til å sikre økt kunnskap om helse- og omsorgstjenestene for å bedre samhandlingen mellom tjenestenivåene og innenfor de ulike tjenesteområdene. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ønsker gjennom denne strategien å legge et godt fundament for;

- En helhetlig, koordinert og *langsiktig satsing på forskning* og innovasjon som et ledd i gjennomføringen av samhandlingsreformen
- *Økt oppmerksomhet på forskning* og innovasjon for å understøtte helhetlige og koordinerte tjenester i tråd med samhandlingsreformens målsettinger
- At samhandlingsforskning og innovasjon har høy kvalitet og er relevant for tjenestene.

Strategien skal fungere som veileder for aktørene innen forskning og innovasjon i helse- og omsorgstjenestene, virkemiddelapparatet og for myndigheter for oppfølging og prioritering av samhandlingsforskning og innovasjon. Strategien skal legges til grunn for departementets prioriteringer og skal være retningsgivende for underliggende virksomheter, de regionale helseforetakene og kommunesektoren og for forskningsmidler kanalisert gjennom Norges forskningsråd. Strategien vil også kunne danne grunnlag for vurderinger i bruk av ulike virkemidler innenfor forskningsfeltet og gi stimuli til at universiteter og høyskoler og andre forskningsmiljøer styrker og koordinerer sin innsats.

Intervjuguiden gav bevisst ikke stort rom for uttalelser rundt forskningens betydning for innovasjon i sykehus. Dette kunne man skrevet en egen masteroppgave om, men likevel var informantene svært klar over sammenhengen mellom forskning og innovasjon.

Alle informantene hadde ulike forskningsprosjekter på gang i egen seksjon. Noen forskningsprosjekter var i regi av større landsdekkende forskningsprosjekter, andre var forskning som egne fagfolk drev.

I forbindelse med implementering av Samhandlingsreformen hadde foretaket i samarbeid med nærliggende høgskole opprettet en FOU enhet, som høgskolen skulle ha ansvar for.

Høgskolen var også sterkt trukket inn i arbeidet med Samhandlingsreformen. Verken informantene eller jeg kjenner til at et slikt samarbeid er etablert andre steder i landet i forbindelse med Samhandlingsreformen.

Et resultat av dette samarbeidet vil være å utvikle nye undervisningstilbud eller kurs som ville være en del av læringsoverføring fra sykehus til kommunene.

7.0 Analyse/ diskusjon av funn

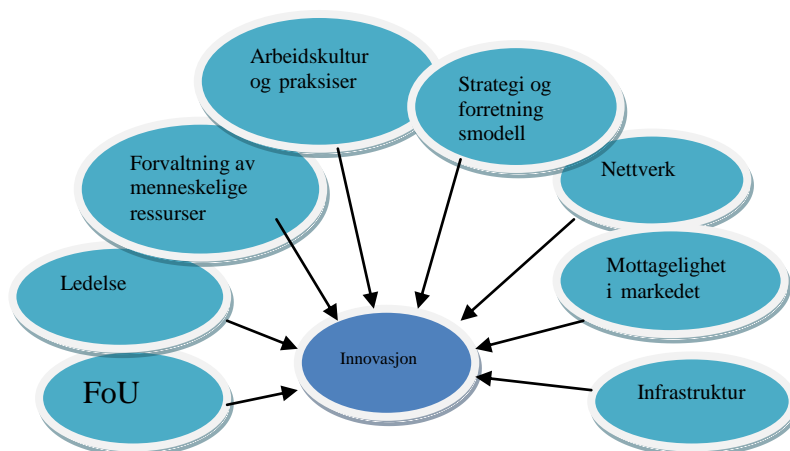
Tittel på min masteroppgave er: Hvordan organisere for gode innovasjonsprosesser i sykehus.

Ut fra dette stilte jeg innledningsvis følgende forskningsspørsmål:

- Hvilke strategier benytter ledere ved gjennomføring av innovasjonsprosesser i sykehus?
- Hvilke drivkrefter, tiltak eller faktorer pekes ut som viktige for å lykkes med innovasjonsprosesser, og hvordan er dette bildet sammenlignet med de prosesser som beskrives i min empiri?

Med bakgrunn i funn presentert i kap. 6 vil jeg i dette kapittelet drøfte funnene og knytte de opp mot teorien og de teoriperspektiver jeg har valgt i denne oppgaven. For å analysere disse funnene har jeg valgt å bruke Aasen og Amundsens modell som viser «Samspillende faktorer for innovasjon.»

Jeg mener dette er en modell som på en visuell god måte viser hvilke hovedfaktorer som må samspiller ved innovasjon også i helsevesenet. I tillegg mener jeg modellen er svært beskrivende for de funnene jeg har gjort i min studie. Modellen viser at innovasjon er komplekst og tydeliggjør at man må ta inn over seg og vie oppmerksomhet til et utall av elementer som må spille sammen for å lykkes i innovasjonsarbeidet. Modellens svakhet er at den ikke dekker *alle* elementer man skulle ønske, men det ville vært en umulighet da vi vet at innovasjon er helt avhengig av den konteksten den springer ut i. Likevel er modellen svært dekkende for funnen i oppgavens empiri.



Figur 1. Samspillende faktorer for innovasjon. Aasen og Amundsen (2011)

Ledelse som samspillende faktor for innovasjon:

Hovedinntrykket jeg sitter igjen med etter å ha analysert empiri er at mellomlederne tydelig viser at de er svært bevisste sin rolle som leder i innovasjonssammenheng. Mellomlederne synes også å ha en sentral rolle som pådrivere for innovasjon i sykehus. Deres rolle synes viktig for progresjon og tempoet i gjennomføring av innovative prosesser, men også for å holde motet oppe når det butter i mot eller når man møter motstand. Informantene er svært bevisste på at innovasjon har en *konsekvens*, og at resultater som skapes ut av innovasjonsprosessene tas i bruk for å oppnå en *effekt*.

Funnene i min studie viser at mellomlederne bidrar positivt ved å understøtte innovasjonsprosessene ved å skape visjoner og mål i samarbeid med sine medarbeidere for så å legge til rette for at man når målene. Inntrykket jeg sitter igjen med er at man vanskelig kan gjennomføre en innovasjonsprosess uten at man har mellomlederne med seg. Ledelsens betydning i innovasjon understøttes av blant annet Manz mfl 1989 (i Aasen & Amundsen, 2011) som hevder at ledelse så langt er den eneste faktor som er vist å ha klar sammenheng med vellykket innovasjon, på tvers av organisasjoner og typer, nivå og stadier av innovasjon.

Mellomledernes rolle synes å være viktig i denne sammenheng, da de har nær kontakt med brukerne av de helsetjenester den enkelte seksjon tilbyr, med «de ansatte på gulvet» samt med andre samarbeidspartnere, noe som gjør at de raskt kan fange opp signaler fra disse gruppene. I tillegg har de oftest lang erfaring fra underordna stillinger innenfor det aktuelle serviceområdet og tar med seg tung faglig kompetanse inn i prosessene. Betydningen av mellomlederens rolle gjenfinner man også i «Håndbok i medarbeiderdrevne innovasjon» (2011). Her fremheves det at arbeidslederen (mellomlederen) spiller en vesentlig rolle i innovasjonsarbeidet.

Mellomlederne er i en posisjon der de ikke kan velge bort sin hovedoppgave, nemlig daglig ledelse og drift. Empirien viser at de til tross for stort tidspress makter å tenke, fremme og gi rom for innovasjon parallelt med daglig drift. På mange måter er mellomlederne tett opp mot det som i teorien kalles den «T forma leder».

Hansen & van Oetinger 2001 (i Aasen & Amundsen 2011) beskriver den «T forma leder». T en betegner at innovasjonsledere må inneha to typer kompetanse. Den ene er evne og vilje til å dele ideer og ekspertise fritt på tvers i organisasjonen, den andre kompetansen er og samtidig håndtere et ansvar for resultater i egen enhet.

Tillit i vid forstand var et tema som informantene tilla betydelig vekt i innovasjons sammenheng. Tillit både oppover og nedover mellom lederne i organisasjonen ansås som svært viktig dersom man ønsket en kultur som fremmer innovasjon. Informantene hadde også fokus på at de selv måtte ha tillit til at samhandlende parter f.eks. kommuneansatte kunne sine fag og at man kunne stole på at de tok sin del av ansvaret når pasientene ble overført fra sykehuset til kommunen. Tidd & Bessant (2009) drøfter tillit slik:

Tillit fremmer åpenhet, reduserer frykten for å feile og stimulerer viljen til å prøve ut ulike ideer. Tillit er en strategi for mestring av sosial risiko, det er basis for samhandling og åpenhet, og blir av flere fremhevet som en grunnleggende forutsetning for innovasjon.

At informantene understreket betydningen av tillit så sterkt for å få gode innovasjonsprosesser er kanskje ikke så underlig, da tillit er noe absolutt grunnleggende for godt samarbeid mellom mennesker.

Det kan synes som om mellomlederens personlige egenskaper også kan ha betydning for utfallet av innovasjon. Informantene var svært ærlige og trakk frem flere egenskaper i denne sammenheng. Betydningen av at leder evnet å anerkjenne sine medarbeideres faglige kompetanse var en egenskap flere trakk frem. Når man som fagperson går over i lederstilling, vil man ofte oppleve at medarbeiderne går forbi en selv på den faglige delen. At man som leder våger å erkjenne dette, og anerkjenne verdien av og av og til faktisk etterspør medarbeidernes kompetanse ble hevdet å være innovasjonsfremmende.

Lederne var opptatt av å se den enkelte ansatte og var bevisste på å fremstå som en trygg leder som har tett dialog med sine ansatte. Usikre ledere som distanserer seg fra sine ansatte vil slite med innovasjonsarbeidet, da det kan synes som om det er mellomlederen som faktisk må gå foran og dra de ansatte med seg for å få jobben gjort.

Det var et utbredt syn blant lederne at evnen til å se, ivareta og løfte frem ildsjelene i organisasjonen hadde stor betydning i innovasjons sammenheng.

Til slutt nevnes også betydningen av leders evne til å engasjere seg i innovasjon, være en pådriver i innovasjonsarbeidet og som evner å sette nyskaping inn i system for så å drive ideene frem mot gjennomføring. Dersom mellomleder er uinteressert i innovasjon og formidler dette ut i egen organisasjon tror jeg det vil være svært hemmende for nyskaping og utvikling. Faktoren lederstøtte (leader support) fremholdes av Smith et al 2008 (i Aasen og Amundsen, 2011) som den mest betydningsfulle enkeltfaktoren for MDI. De slår fast at

dersom medarbeiderne opplever situasjonen som lite støttende fra lederhold, vil de neppe ta initiativer og framføre ideer som kan resultere i innovasjon.

Strategi som samspillende faktor for innovasjon:

Hensikten med innovasjonsarbeid i alle organisasjoner vil alltid være å oppnå vedvarende strategiske og konkurransemessige fordeler. For å oppnå det vil det være behov for å legge strategier på alle nivå og helseledere må utøve strategisk ledelse. Helsedirektoratet har lagt en langsiktig nasjonal strategi for innovasjon i helsesektoren, og InnoMed er deres viktigste redskap for å ivareta det strategiske lederskapet for regjeringens 10 årige satsing på innovasjon.

Innovasjonssatsingen omfatter både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten og samhandling mellom nivåene. Både de regionale helseforetakene og lokale helseforetak er samarbeidsparter i denne satsingen men min empiri avdekket at disse overordna satsingene ikke var særlig kjente ned i organisasjonen.

I min studie har jeg fokuset på hvilke strategier og tiltak som informantene mente var viktige for deres del i forhold til gjennomføring av innovasjonsprosesser på organisasjonsnivå. Min empiri avdekker at mellomlederne ikke opplever at helseforetaket har lagt noen strategi for innovasjon. Informantene opplever at de mye er «overlatt til seg selv» i innovasjonssammenheng. På den andre siden kan dette også ses på som en strategi, selv om den mest sannsynlig ikke er bevisst. Man kan velge å se det slik at innovasjonsstrategien er summen av det enkeltindividene i organisasjonen gjør. I et slikt diffust system, uten overordna medvirkning vil det være vanskelig å nå overordna mål.

Johannessen & Olaussen (2004) hevder at strategisk ledelse er en involveringsfilosofi, som forutsetter at alle ansatte tenker som om de var en leder, og at alle ansatte skal ha «et øye mot fremtiden». Deres tenkning samstemmer dårlig med erfaringene informantene deler i empirien.

Det fremkommer av empirien at informantene etterlyser en mye større vektlegging av og tilrettelegging for innovasjon på organisasjonsnivå enn de opplever i dag. For informantene var det viktig at det også fra toppledelsen ble iverksatt tiltak i organisasjonen som kunne skape engasjement og mobilisere for innovasjonstenkning.

De etterlyste også strategisk satsing på løsninger for å dele vellykka innovasjonsprosesser. Empirien avdekket at mellomlederne opplever at de muligens er mer opptatt av innovasjon enn toppledelsen, og at de i enkelte tilfeller opplevde toppledelsen som et hinder for

gjennomføring av innovasjon, særlig innen nye organisatoriske løsninger for bedre og mer effektivt helsetilbud.

Redselen for motstand og «støy» ute i organisasjonen ble fremsatt som mulige årsaker til at innovasjonsarbeidet av og til stoppet opp hos toppledelsen.

Det kan likevel synes som de strategier som informantene peker på sammenfaller godt med strategiene lagt på overordna nivå, fra regjering og Helsedepartement. De ønsker overordna strategier, de ønsker at det bygges ut støttemekanismer for å utvikle nye ideer, de ønsker strategisk samhandling med IKT for å utvikle og ta i bruk nye IKT baserte løsninger og de ønsker systemer for å dele vellykka innovasjonsprosesser. Informantene etterlyste innovasjonsnettverk og arenaer /møteplasser for samhandling om innovasjon. Flertallet av informantene fremmet også behov for mer kunnskap om innovasjon.

Tilbakemeldingene kan tyde på at de overordna nasjonale føringene ikke har nådd ned på operativt nivå enda. Om dette skyldes at foretakene til nå har hatt mer enn nok med å forberede samhandlingsreformen vites ikke, men noen av informantene uttalte at innovasjon egentlig ikke var et mye brukt begrep i sykehuset. Derimot var samhandling og forskning velkjente begreper. At innovasjon som begrep stopper på Regionale helseforetaks internetsider samsvarer godt med opplevelsen informantene i lokalt helseforetak legger for dagen.

Forvaltning av menneskelige ressurser som samspillende faktor for innovasjon:

Å forvalte de menneskelige ressurser på en klokest mulig måte vil bli mer og mer viktig på alle ledernivåene i sykehus. Ulik forskning og empirien i denne undersøkelsen viser at brei involvering av ansatte synes avgjørende for å oppnå bærekraftige løsninger.

Medvirkning og det å være innovativ er ikke det samme som innovasjon, men er **faktorer** som kan ha stor betydning for å kunne lykkes med innovasjon, eller i helsevesenet ofte det å skape ny praksis.

Dette understøttes f.eks. av Dixon Woods et al (2010) som sier at:

Bredt *deltagende felles tilnærminger* som synes å være den beste måten å oppnå bærekraftig, positive innovasjoner i helsevesenet.

Deltagende samarbeidsdrevne former for avgjørelser skaper ikke bare bedre avgjørelser men medfører sosial læring, bærekraftige løsninger, øker muligheten for å se utviklingspotensialet i endringen og øker ansattes vilje til å akseptere endring. Dixon Woods mfl (2010).

Også «den samskapte læringsmodell» Klev og Levin (2009) støtter tenkningen om at brei medarbeiderinvolvering medvirker til bedre løsninger, øker læring og fremmer innovasjonstenkning.

Av Van de Ven (1986) kan vi forstå at innovasjonsprosesser ikke består av sekvensielle handlinger men i et samspill av flere samtidige prosesser. Essensen i modellen er at innovasjon først oppstår etter at prosessen har involvert flere parter, mål er justert underveis, man har feilet, testet og måtte begynne på nytt i en loop med flere runder.

Dette samsvarer med erfaringen i min empiri. Informantene hadde erfart at brei involvering av ansatte, TV og VO var viktige tiltak. Informantene så på TV og VO som drivkrefter i innovasjonsprosesser. Effekten var at både de ansatte og ledelsen oppnådde en slags godkjenning underveis i hele prosessforløpet.

Tverrfaglig samhandling synes å være fremtredende når vi omtaler innovasjon i sykehus. I det empiriske materialet jeg presenterer er det nettopp samarbeidet mellom pådrivere, fagfolkene og andre aktører som brukerne som fremheves som viktig for å få vellykka prosesser i sykehus

Det er vanskelig å kunne tenke seg at innovasjonsprosesser i sykehus i dag kan gjennomføres uten brei involvering av ulike aktører.

Empirien viser at det også i stor grad er i samarbeidsrelasjonene «mellomroms kompetanse» kommer til uttrykk. Særlig viser erfaring med implementering av Samhandlingsreformen at det er når ulike aktører fra ulike deler av organisasjonen deltar, at nye løsninger skapes nettopp som en følge av at ansatte i 1 linje tjenesten og ansatte i 2 linjetjenesten har ulik erfaring, kompetanse og har sine referanser fra ulik kontekst. Dette fordrer selvsagt at det er klima for ideutveksling, nytenkning og kultur for å være åpne for uforutsigbare resultater.

Aasen og Amundsen (2011) kaller denne måten å arbeide på for en «skapende arbeidsform» der essensen er at man holder fast ved uforutsigbarheten og ikke beskytter seg mot den. En skapende arbeidsform kjennetegnes ved fire kvaliteter. Slippe løs, samarbeid, samspill og samresultat. Jeg er av den oppfatning at dette vil være en arbeidsform som vil være smart for å møte fremtidens utfordringer i helsevesenet.

Innovasjon i helsevesenet har ofte betydelig innslag av erfarings basert og taus kunnskap også derfor synes møtet mellom ulike kunnskapsorganisasjoner å være svært fremmede for innovasjon.

Fokuset på brukermedvirkning er større nå enn noen gang før. Også regjeringens føringer vektlegger økt brukermedvirkning. Dette understøttes av teori fra Eric Von Hippel, 1998, 2005: Eric Von Hippel (1998, 2005) hevder at brukersentrerte innovasjonsprosesser vil kunne gi større fordeler sammenlignet med mer tradisjonelle interne produsentfokusede former for innovasjon. Ved å trekke inn brukerne i innovasjonsarbeidet vil man lettere utvikle det produktet brukerne ønsker.

Også empirien i denne oppgaven trekker frem brukerne som en nøkkelressurs i innovasjonsarbeidet fremover, særlig med tanke på overføring av oppgaver fra sykehus til kommunene:

«Brukerne av våre tjenester og deres pårørende vil være nøkkelpersoner i mange prosesser fremover»

Der «brukeren» involveres vil man lettere finne frem til den helsehjelpen som fungerer aller best. Brukerne vil kunne gi verdifulle bidrag inn i prosessen mot en ny eller forbedra løsning. Mye av innovasjonsarbeidet som foregår nå i samspill mellom sykehus og kommunene er faktisk et »bottom up» perspektiv på innovasjon. Istedenfor å presentere ferdige løsninger, etterspør man erfaring og behov hos dem løsningen er tiltenkt.

I min undersøkelse finner jeg mange uttalelser om at de ansatte medvirker direkte i utformingen av ulike innovasjoner i hele forløpet fra ide til implementering. Samtidig vil kontekstuelle forhold påvirke innovasjonsforløpet i hvert enkelt tilfelle.

I min empiri er troen på de ansattes faglige kompetanse og evne til nyskaping stor. De ansatte opplever at de ses på som en ressurs i innovasjonssammenheng. Det fremkommer av intervjuene at mange av ideene springer ut av nærhet til praksisfeltet. Dette sammenfaller helt med ulike teorier om medarbeider drevet innovasjon.

Denne uttalelsen fra en av informantene kan forklare hele begrepet MDI (Medarbeiderdrevet innovasjon):

«Nøkkelen her er annerkjennelse av de ansattes kompetanse. Når de opplever at ledelsen virkelig ønsker deres bidrag, at forslag tas på alvor, at de er verd noe i en større sammenheng, da vokser innovasjon.»

Dette samsvarer også med LOs definisjon s.16 som sier at troen på at de ansatte har kompetanse og ideer, som ved riktig anvendelse, kan bidra til å styrke virksomhetens evne til innovasjon.

Det å være innovativ krever og genererer mye jobbing, ikke minst krever det mye innsats for å lande en ide. Erfaringene informantene har gjort seg er at det nytter ikke å ta noen snarveger når man jobber med innovasjon men kreativitet og fleksibilitet er nødvendig når mål, retning og rammebetingelser endrer seg.

Kultur /arbeidskultur som samspillende faktor for innovasjon.

Organisasjonskultur har betydning også for innovasjonsarbeidet. I helsevesenet vil kulturen for innovasjon være av ulik dimensjon ved et universitetssykehus med sterkt innslag av forsknings- og utviklingsvirksomhet enn den vil være ved et mindre lokalsykehus.

Likevel spiller kulturen for innovasjon en vesentlig rolle for innovasjon også på mindre sykehus. Informantene i min empiri påpeker at det *er* en god kultur for innovasjon, forskning og nytenkning i foretaket men det synes å være brei enighet om at kulturen må jobbes med. Av empirien fremkommer det at for å få en god innovasjonskultur må ledelsen på alle nivå engasjere seg i innovasjon. Toppledelsen må stake ut vegen og legge «lista for innovasjon». Ledelsen må involvere de ansatte og samtidig som de gir tillit må de delegere ansvar til medarbeiderne.

Noen av informantene påpekte at det å ha en sterk innovasjonskultur også var en viktig faktor i en rekrutterings sammenheng. Mindre sykehus må konkurrere med Universitets sykehusene om spesialister og derfor er det avgjørende at også mindre sykehus er attraktive. Forskning, innovasjon og utvikling fremsto som helt avgjørende elementer i denne sammenheng.

Organisasjonskultur dreier seg om etablerte holdninger og oppfatninger om hva man gjør og ikke gjør – og hvordan man gjør det. Særlig i forbindelse med implementering av Samahandlingsreformen utfordres etablerte praksiser i aller høyeste grad. Ikke sjelden i denne forbindelse framstår nye innovasjoner som klare brudd med etablerte praksiser. Dette viser igjen at innovasjoner har en effekt.

Jim Collins (2008) påpeker sterkt kulturens rolle og uttaler dette om kultur:

”Dyrk frem en kultur hvor disiplin står i sentrum-disiplinerte ansatte, disiplinerte tanker og disiplinerte handlinger. Sørg for at de ansatte tar ansvar og er mest mulig selvgående. Dette er mulig hvis alle kjenner selskapets suksessformel og hvis rammene som ansvaret og friheten praktiseres innenfor er tydelig kommunisert og forstått.»

I empirien fremkommer det at kanskje ikke alle i foretaket kjenner «foretakets suksessformel». Flere av informantene savner engasjement fra toppledelsen vedrørende innovasjon. Det kan virke som om en samlende «suksessformel» eller overordna strategi for innovasjon mangler.

Disiplinerte ansatte, disiplinerte tanker og disiplinerte handlinger vil komme som en følge av brei satsing på innovasjon i hele organisasjonen. Flere av informantene uttalte at de ansatte måtte få innovasjon »under huden» for at seksjonen kunne lykkes med innovasjonsarbeidet. Christian Bason omtaler i sin bok om velferdsinnovasjon på behovet for en innovasjonskultur. Forhold som lav maktdistanse, en velutdannet og kompetent arbeidsstyrke og en høy grad av involvering og dialog med medarbeiderne i de arbeidsnære beslutninger, kan fremme innovasjonsevnen. Bason (2007:335)

Basons teori understøtter informantenes forståelse av at å rekruttere og beholde gode fagfolk samt å involvere disse bredt vil fremme innovasjonsevnen.

Suksessfaktorer og innovasjonskultur som begreper glir gjerne over i hverandre. Holdninger i organisasjonen og ledere som bryr seg og engasjerer seg, kan også betraktes som et trekk ved innovasjonskulturen i sykehus.

Informantene i denne undersøkelsen fremhevet lederens evne til å engasjere og motivere som en av de viktigste suksessfaktorene i innovasjonssammenheng.

Dette finner vi igjen i teorien til Edgar Schein.

Her trekker Schein frem blant annet betydningen av *å ha tro på de ansatte* ved å involvere og delegere ansvar og vise respekt for andres løsningsforslag. Han fremhever åpen kommunikasjon av stor betydning. I tillegg fremheves lederens og organisasjonens villighet til å analysere og forbedre kultur.

Elementene i Edgars Scheins teori sammenfaller godt med informantenes tanker om hva som vil være fremmende for innovasjon i helsevesenet.

McLean 2005 (i Aasen & Amundsen 2011). Foreslår fem organisatoriske forhold som skal fremme kreativitet og innovasjon og et sjette forhold som virker hemmende. Faktorene som McLean finner man igjen hos både Edgar Schein, Christian Bason og Jim Collins. I tillegg gjenfinnes disse faktorene i stor grad i empirien i denne oppgaven.

Nettverk som samspillende faktor for innovasjon:

Ledernetttverk, innovasjonsnettverk, økt kunnskap, samhandlingsarenaer og system for deling av erfaringer var i følge informantene svært betydningsfulle faktorer i innovasjonssammenheng.

Informantene i min empiri forteller på ulike måter hvordan ulike støttemekanismer kan påvirke innovasjonsarbeidet i positiv retning. Særlig var det flere som ønsket seg innovasjonsnettverk, gjerne tverrfaglige knyttet opp mot Samhandlingsreformen.

En viktig side ved nettverksdeltagelse er støtten som ligger i det for den enkelte leder men også for den enkelte fagperson. I løpet av en lang karriere innen helse, med stadige omstillinger, vil de fleste ha perioder der de trenger støtte av kolleger, både faglig, men også rent mellommenneskelig.

De hadde tro på at økt kunnskapsdeling og at deltagelse i ulike nettverk ville fremme innovasjon.

Også samhandling med eksterne nettverk ble fremmet som viktig, da slik nettverksdeltagelse ville holde organisasjonen oppdatert på det som skjer i omverdenen både faglig men også på organisasjonsnivå.

Den tradisjonelle lederrollen i sykehus hviler på en forståelse av at ledere skal greie alle oppgavene uten særlig støtte. Min empiri viser at dette nå er snudd totalt på hodet, og mange problemstillinger kan ikke løses uten utstrakt samarbeid og ved hjelp av ulike støttemekanismer.

Når fagfolk møtes rundt en problemstilling er det stor sannsynlighet for at alle som deltar lærer noe nytt, tenker nytt sammen ved at man kan spille på hverandres kunnskap. Det er likevel ikke slik at læring bare foregår på en bestemt måte. Nyorientering og utviklingsarbeid kan ta lang tid, og det vil bety at ulike syn på behandlingstilbud og hvordan dette skal organiseres, vil eksistere side om side og man vil risikere å måtte gå mange runder før enighet om endelig løsningsforslag foreligger. Jfr. Van de Vens «innovasjonsreise».

Dixon Woods mfl (2010) støtter opp om nettverkstanken ved å fremholde at *Deltagende samarbeidsdrevne former for avgjørelser* skaper ikke bare bedre avgjørelser men medfører sosial læring, bærekraftige løsninger, øker muligheten for å se utviklingspotensialet i endringen og øker ansattes vilje til å akseptere endring.

Hansen (2009) Aasen og Amundsen (2011) hevder at samarbeid for kunnskapsutvikling støttes best gjennom etablering av det han kaller *raske nettverk*. Med dette menes at lederne bidrar til at medarbeiderne får oversikt over hvem som kan hva, både internt og utenfor organisasjonen. Målet er å gjøre det enklest mulig å finne frem til personer som kan bidra inn i innovasjonsarbeidet. Dette vil være avgjørende i store organisasjoner som sykehus er med mange ansatte og et utall av enheter med ulik kompetanse.

Noen av informantene i min empiri hadde allerede etablert tverrfaglige nettverk, som de ønsket å videreføre og utvikle fremover men flertallet ønsket etablering av flere ulike nettverk.

Empirien viser at faglige nettverk, særlig blant legegruppen er veletablerte og strekker seg både regionalt, nasjonalt og i enkelte tilfeller også ut over landegrensene. Dette er nødvendig for å dele utveksle erfaringer, for å lære nye behandlingsmetoder og for hele tiden å søke etter best practice i pasientbehandlingen. På den andre side er dette kostbart, men noe som helseforetakene må øremerke midler til.

Ut fra empirien kan vi trekke den slutningen at ved siden av full drift og krav om å gå i balanse, er det minimalt med tid som avsettes til innovasjonsarbeid. Likevel oppleves det som om informantene klarer å organisere arbeidsdagene slik at de finner en balanse her.

God langsiktig planlegging og streng prioritering virker som en forutsetning for å finne tid til innovasjonsarbeid.

Noen av informantene la inn tid til egen refleksjon i sin kalender for at ikke timeplanen skulle bli spist opp av møter.

Empirien viser at helseforetaket ikke har noe system der man kan henvende seg for å få hjelp til å utvikle ideer og bearbeide utviklingsforslag. Dette var heller ikke etablert opp mot IKT avdelingen.

Dette kan være en sterk barriere for innovasjonsutvikling i foretaket. Dette kan muligens forklares som en følge av vag satsing på innovasjon fra toppledelsen.

Av empirien fremkommer det også at foretaket mangler system for deling av vellykka innovasjonsprosesser. Store ressurser kunne vært spart om denne type læringsdeling hadde vært etablert.

I forbindelse med Samhandlingsreformen og forpliktende avtaler mellom foretak og kommunene arbeides det med samme utfordringer i alle foretakene i Norge. Det ideelle her hadde vært om man fikk til et system for deling av vellykka innovasjonsprosesser på nasjonalt nivå, mellom foretakene. På den annen side, så vil jeg tro at også kommunene ville hatt stor nytte av å kunne dele læring seg i mellom på samme måte.

Marked som samspillende faktor for innovasjon/ Samhandlingsreformen og Nasjonal tiltaksplan.

I denne studien har jeg valgt å se på utfordringene som ligger i implementering av Samhandlingsreformen som «markedet» for innovasjon i sykehus. Derfor vil ikke andre områder bli nevneverdig nevnt i denne oppgaven.

Samhandlingsreformen er et uttrykk for myndighetenes føringer for helseutviklingen de nærmeste årene. Reformen legger vekt på forebygging fremfor å reparere. Man skal sette inn tidlig innsats fremfor for sen innsats. I tillegg til at reformen skal få de ulike ledd i helsetjenestene til å jobbe bedre sammen skal man flytte helsetjenester nærmere der folk bor. Implementeringen fordrer til utvidet bruk av tverrfaglig samarbeid, medarbeiderinvolvering og bruker medvirkning.

Det er ikke til å legge skjul på at reformen vektlegger sterkt IKT som helt sentralt i arbeidet, men informantene i min empiri har et tydelig fokus på andre elementer i tillegg til den betydningen forbedra og nye IKT systemer vil ha.

Empirien i denne studien viser at informantene ser store verdier i reformen. De sågar uttaler at reformen «tvinger» dem til nytenkning. Helseforetaket har arbeidet frem 1 hovedavtale og 11 ulike forpliktende underavtaler med kommunene. I følge informantene vil gjerne samtlige underavtaler berøre en enkelt seksjon. Dette medfører at seksjonene må sette seg inn i avtalene og arbeide min sin tjeneste koblet opp mot den enkelte avtale, dette er et stort arbeid, og noen av informantene er godt i gang med denne jobben.

Vesentlig i dette arbeidet er at lederne har fokus på ledelse og samhandling av innovasjonsprosesser.

En faktor som informantene fremhever som særlig viktige i dette arbeidet er at de ansatte får og opplever økt handlefrihet og tillit fra sin leder.

Utfordringene er store uansett. Bare det å endre arbeidsrutinene til leger, sykepleiere og sekretærer er en kjempeutfordring i seg selv. Når man skal gå inn i slike prosesser vil det da være helt avgjørende at tillit og handlingsrom er avklart på forhånd. Fokuset skal og må være på at de nye løsningene kommer til å bli så bra at de ansatte foretrekker å bruke dem fremfor de gamle arbeidsrutinene.

Forskning og utvikling (FOU) som samspillende faktor for innovasjon.

Forskning er en av 4 hovedoppgaver i sykehus, jf. Spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 og helseforetaksloven § 1 og 2. Her finner vi å lese at *«det må tilrettelegges for ulike typer medisinsk helsefaglig forskning i alle helseforetak. Sykehusene har et hovedansvar for den pasientretta forskningen.»*

Regjeringen har gjennom sin Samhandlingsforskningsstrategi som kom i juli 2012, slått fast at Samhandlingsreformen blant annet **må bygge på** forskningsbasert kunnskap. Videre sier de at i gjennomføringen av reformen må forskning og utvikling av nye innovative løsninger, sammen med utdanning, kompetanse og IKT tas i bruk. Reformen må i tillegg følges av forskning for å kunne evaluere effekten av tiltakene i reformen.

Også i teorien finner vi støtte for forskningens betydning for den pasientretta behandlingen. Dixon Woods (2010) hevder at forskning er helt nødvendig parallelt med studier av praksis for å vurdere uønska følger av behandling og også bevis for at behandling virker.

Regjeringen har, helt i samsvar med dette, lagt tydelige føringer for de nye løsningene som kommer til å ha sitt utspring fra Samhandlingsreformen. Man skal bygge nye tiltak og løsninger på forskningsbasert kunnskap, og de nye tiltakene, skal også bli gjenstand for forskning. Vi kan ut av dette trekke slutning om at forskning og utvikling er faktorer som kan ha stor betydning for å lykkes med innovasjon.

Dette er tydelige føringer, da vi vet at hoved tyngden av innovasjon i dag skjer uten forskning. Også i min empiri fremkommer det at det vektlegges tett samarbeid med forskningsmiljø på nærliggende høgskole, der man har opprettet en ny FOU avdeling i kjølvannet av innføring av Samhandlingsreformen. Samarbeidet med høgskolen vil gi andre muligheter i forhold til innovasjon og forskning som helseforetaket ikke ville klart uten dette samarbeidet. (For eksempel utarbeidelse og tilbud av ulike kurs koblet mot oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer, forskning på etablert innovasjon som følge av samhandlingsreformen m.m.)

Dette vil kunne sikre at regjeringens samhandlingsforskningsstrategi får sterkere fotfeste i vårt helseforetak og tilstøtende kommuner.

8.0 Konklusjon

Funn i denne studien viser at innovasjon i offentlig sektor er komplekse og krevende øvelser. Innovasjon i helsevesenet foregår innenfor et fragmentert system med mange fagtinge aktører, der det kan være vanskelig å få oversikt over alle drivkrefter, tiltak eller faktorer som virker positivt inn for å lykkes med innovasjonsarbeidet.

Ut fra teori og empiri utkrystalliserer det seg likevel noen svar på hvordan man kan organisere for gode innovasjonsprosesser i sykehus, hvilke faktorer som synes å være viktige i dette arbeidet og hvilke strategier ledere i sykehus benytter for å jobbe med innovasjonsprosesser i en travel hverdag. De tiltak, drivkrefter og faktorer som trekkes frem som viktige i den teorien og de teoriperspektivene som denne studien omtaler sammenfaller svært godt med de funn som empirien avdekker. Særlig interessant synes jeg mellomledernes betydningsfulle rolle er.

Konklusjonen av denne studien er at for å organisere for gode innovasjonsprosesser i sykehus er det helt avgjørende å ha en engasjert toppledelse som setter innovasjon på dagsorden, støtter opp om nytenkning, er risikovillig, skaper engasjement for innovasjon i organisasjonen og tilrettelegger for gode innovasjonsprosesser på mange ulike måter. Denne studien viser at det vil være viktig å se en helhet i virksomhetens strategiske arbeid for innovasjon gjennom alle ledelsesnivåene, samt at de ulike faktorene som må spille sammen for innovasjon blir like viktige fokusområder som selve innovasjonsprosessen.

Virksomhetens innovasjonskultur spiller en stor rolle for utøvelse av lederskap av innovasjon. Derfor er det viktig at foretaket tar et større grep for å løfte innovasjonskulturen i foretaket.

Å tilrettelegge for innovasjon ved å etablere samhandlingsarenaer, ulike nettverk og etablering av effektive systemer for deling av vellykka innovasjonsprosesser synes å være både en motivasjonsfaktor men også et ressursbesparende tiltak

Av andre faktorer, drivkrefter og tiltak som pekes ut som viktige i innovasjonssammenheng ligger tillitsbygging langt fremme. Tilliten som er etablert mellom de ulike ledernivåene vil også være et viktig og godt fundament å bygge fremtidens innovasjonskultur på.

Motiverte, trygge mellomledere med god kompetanse innen innovasjon og innovasjonsprosesser synes også å være viktige drivkrefter som har stor betydning, særlig som motivatorer og pådrivere av innovasjonsprosessene.

Ivaretagelse av ildsjelene/ pådriverne er en av de viktigste strategiene mellomlederne kan benytte for å bygge en god innovasjonskultur i tillegg til å håndtere ideer og forslag på en profesjonell måte.

En annen viktig faktor for å lykkes med innovasjon er å ha ledere som evner å utøve strategisk ledelse. For å frigi tid til innovasjon synes det som et svært viktig tiltak å skape handlingsrom for å arbeide med innovasjon. God planlegging er her en viktig strategi.

Brei medarbeiderinvolvering og brukerinvolvering synes å være svært viktige tiltak i innovasjonssammenheng, i tillegg til tverrfaglig samarbeid. Opprettelse av ulike faglige nettverk, innovasjonsnettverk og effektive møteplasser synes også å være viktige faktorer i arbeidet med innovasjon fremover.

Allerede etablert samarbeid med nærliggende høyskole vedrørende **FOU** styrker forskningsinnovasjonsarbeidet i foretaket. Forskning og innovasjon vil være avgjørende virkemidler for å klare målene i samhandlingsreformen, skape nye muligheter, ny virkelighet ved å støtte opp under innovasjonsarbeidet i sykehus.

Å legge en strategi om tidlig involvering av tillitsvalgte og verneombud i innovasjonsprosessene har effekt og betydning for fremdrift og implementering av innovasjon.

Tett dialog og samhandling mellom sykehusansatte og IKT utviklere om elektronisk kommunikasjon og ny teknologi er også tiltak som vil kunne virke som «katalysator» i innovasjonsarbeidet.

Å ta inn begrepet innovasjon på foretakets intranettsider kan være et første steg i rett retning!

*Vi er på sporet
etter en ny og bedre virkelighet
som skal finnes ikke så langt herfra.
Den ligger forhåpentlig
i nærheten av
det hjertet forstår*

Dikt av Kate Næss (Står på omslagssiden til Hagen-utvalgets» Innovasjon i omsorg)

9.0 Bidrag fra studien

Studien bidrar forhåpentlig vis til økt forståelse for hvordan det står til med innovasjonsarbeidet i et mindre helseforetak i dag, og kan således være et bidrag inn i arbeidet med å følge opp Nasjonal tiltaksplan. Mellomledernes erfaringer og bidrag til denne studien bør være interessant lesing for toppledelsen og for andre som har og som vil komme til å ha et overordna ansvar for innovasjonssatsingen i helseforetak fremover. Det er et ønske at studien vil gi den som leser oppgaven økt kunnskap og dypere forståelse om hvilke faktorer og tiltak som synes viktige for å få gode innovasjonsprosesser i sykehus. Et annet mål er at studien skal bringe oppmerksomhet rundt viktigheten av å drive innovasjonsvirksomhet i sykehus og skape oppmerksomhet og positive assosiasjoner rundt innovasjon, fordi innovasjon er og vil være viktig for vekst og utvikling av sykehusene i uoverskuelig fremtid.

9.1 Forslag til videre forskning

Gjennom arbeidet med oppgaven har det dukket opp ulike spørsmål som kunne vært interessante for videre forskning. Nærliggende og interessant ville det vært å forske på hvordan man kan tilrettelegge for effektiv deling av gode innovasjonsprosesser innad i helseforetak, mellom helseforetak og mellom helseforetak og kommunene.

10.0 Referanser

- Aasen, T.M., Amundsen, O. (2011) Innovasjon som kollektiv prestasjon.
- Busch, T., Johnsen, E. (1999) Endringsledelse i det offentlige.
- Collins, J. (2008) Good to great.
- Dorsø, L. (2011) Innovasjonspedagogikk, Kunsten å fremelske Innovasjonskompetanse. Samtidslitteratur.
- Friedman, K., Olaisen, J. (1999) Underveis til fremtiden
- Ghuri, P., Grønhaug, K. (2005) «Research Methods in Buisness Studies» Pearson Education Limited.
- Hartley, J. (2005) Creative Industries, Blackwell Publishing.
- Hippel, E. (1988) The source of innovation, New York, Oxford University Press.
- Holter, H. & Kalleberg, R. ((1996)2002) Kvalitative metoder I samfunnsforskningen Oslo: Universitetsforlaget
- Jacobsen, D.I., Thorsvik, J. (2009) Hvordan organisasjoner fungerer.
- Klev, R., Levin, M. (2009) Forandring som praksis.
- Koch, P., Cunningham, N. (2006) Summary and policy recommendations
Schwabsky & J. Hauknes Publin Reportno.D24 www.step.no/publin/.
- Kotter, J.P. (1995) Leading change, Why Transformation Efforts fail. (artikkel)
- Kvale, S. (1998) Det kvalitative forskningsintervju, Ad Notam Gyldendal AS
- Rosted, J. (2008) How to Make Concept Innovation together with Users. Copenhagen, FORA
- Ryen, A. (2002) Det kvalitative intervjuet fra vitenskapsteori til Feltarbeid. Fagbokforlaget.
- Saunders, M.N.K., Lewis, P., Thornhill, A. (2007) Research Methods for Buisness.
- Scharmer, O. (2008) Teori U. Lederskap der åpner fremtiden. Ankerhus A/S.

- Schein, E. (2004) Organizational Culture.
- Schumpeter, J.A. (1942) Capitalism, socialism and democracy. London: Allen & Unwin.
- Scott, K., Mensik, J. (2010) Creating the Conditions for Breakthrough Clinikal performance, Nurse leader.(artikkel)
- Tidd, J., Bessant, J. (2009) Managing Innovation.
- Van de Ven, A.H.,Angle& M.S.Poole (1998/2000) Resarch on the management of innovation. The Minesota Studies.NY:Oxford University Press.
- Van de Ven, A.H., D.E. Polley, R. Garud & S. Venkataraman. (1999) The innovation journey, New York, Oxford University Press.
- Woods, M.D., Amalberti, R., Goodman, S., Bergmann, B., Glaziou, P. (2010) Problems and promises of innovation Why healthcare needs to rethink its love and hate relationship with the new.(artikkel)
- Yukl, G. (1998) Leadership in organisations. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ, 564 pp.

<http://www.dagensmedisin.no/Pages/PrintNewsArticle.aspx?printPageId=65503>

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandling/om-samhandlingsreformen/samhandlingsreformen-i-kortversjon.html?id=650137>

<http://arnek.wordpress.com/2008/12/10/hndbok-i-endringsledelse-for-skoler/>

www.lo.no

<http://survey.nifu.no/step/Projectarea/Thesises/ThinkThesis.pdf>

http://www.google.no/books?hl=no&lr=&id=LvtQj4J_1IcC&oi=fnd&pg=PA57&dq=Von+Hippel+om++innovasjon+i+helse&ots=4PhvzZoXy4&sig=-YYZ2AKWfp2_hBV0BuWissaqnYA&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

<http://www.magma.no/brukerdrevet-innovasjon-i-norge>

http://www.helse-vest.no/fagfolk/innovasjon/Documents/Innovasjon_Samarbeidsavtale_Tiltaksplan.pdf

http://www.innomed.no/media/media/filer_private/2012/11/28/innomeds_strategi_2012-2014.pdf

<http://www.euc2c.com/graphics/en/pdfs/mod3/userdriveninnovation.pdf>

http://www.regjeringen.no/upload/NHD/Vedlegg/Veiledninger%20og%20brosjyrer/medarbeiderdrevetinnovasjon_handbok_des2012.pdf

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/nhd/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-7-2008-2009-.html?id=538010>

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandling/om-samhandlingsreformen/samhandlingsreformen-i-kortversjon.html?id=650137>

11.0 Figur- og tabelliste

Figur 1. Samspillende faktorer for innovasjon, 2011 Aasen&Amundsen.....	13, 51
Figur 2. » Stage gate modellen», 1986 Cooper.....	18
Figur 3. «Innovasjonsreisen», 1986 Van de Ven.....	18
Tabell 4. Drivkrefter og hindringer for innovasjon i off. sektor, Koch et al 2006 (i Aasen% Amundsen 2011).....	19
Figur 5. »Innovasjonshjulet», 2008, Rosted.....	21
Figur 6. Modell for kartlegging av innovasjonsprosesser, 2008 Rosted.....	22
Figur 7. »Den samskapte læringsmodell», 2009 Klev & Levin.....	23
Figur 8. «Skapende arbeidsform» 2003 Austin & Devin (i Aasen & Amundsen 2011).....	24

12.0 Vedlegg

12.1 Intervjuguiden

Intervju-guiden er en del av arbeidet med mastergrad i organisasjon og ledelse ved NTNU.

Utgangspunktet mitt er å identifisere den praksis vedrørende innovasjonsprosesser som utøves i sykehus.

Tittel på masteroppgaven er:

«Hvordan organisere for gode innovasjonsprosesser i sykehus»

Mine forskningsspørsmål er:

- Hvilke strategier benytter ledere ved gjennomføring av innovasjonsprosesser i sykehus?
- Hvilke drivkrefter, tiltak eller faktorer pekes ut som viktige for å lykkes med innovasjonsprosesser, og hvordan er dette bildet sammenlignet med de prosesser som beskrives i min empiri?

Formålet med intervjuene av et bredt utvalg av ledere i sykehus er å vinne innsikt, kunnskap og forståelse for hvordan innovasjonsprosesser gjennomføres i sykehus og hvordan ulike tiltak kan påvirke prosessene.

Jeg har valgt å gjennomføre intervjuene som semistrukturerte intervju fordi det vil gi intervjuobjektet stor frihet til å fortelle historier om det han eller hun er opptatt av.

Intervju-guide for intervju med 3 nivå ledere:

(Innledes med å gi litt bakgrunn for hvorfor jeg gjør dette intervjuet, gjerne noen kommentarer om hvordan «innovasjon» brukes i min sammenheng.)

- A. Kort bakgrunn om den som intervjues
 - a. Stilling
 - b. Fartstid i helsesektoren / i denne stillingen
 - c. Rolle/erfaring i forbindelse med gjennomføring av innovasjonsprosesser?
- B. Informantenes erfaringer fra innovasjon og innovasjonsledelse i egen virksomhet
 - a. Hvordan settes målene for utviklingen av din seksjon?
 - b. Hvem tar initiativ/har innflytelse på å presentere behov og nye ideer?
 - c. Hva mener du er de viktigste «drivkreftene» for innovasjon i sykehus?
 - d. Hvordan ledes utviklingsarbeid i din seksjon? (og: av hvem?)

- e. Hvordan vil du beskrive kulturen for innovasjon i din seksjon/organisasjon?
- f. Er det faktorer /tiltak (eller personer) i eller utenfor seksjonen som påvirker innovasjonsarbeidet?
- g. Synes du at du har nødvendig tillit og handlingsrom til å være pådriver for eller tilrettelegge for innovasjonsprosesser?
- h. Finnes det noen form for lederstøtte/ledernetverk når det gjelder arbeid med innovasjon?
- i. Finnes det kanaler du kan bruke for å kommunisere ut informasjon i forhold til utvikling prosessen? Hvilke, og til hvem?
- j. Basert på egne erfaringer, er det tiltak du mener organisasjonen (toppledelsen)bør iverksette for å bedre arbeidet med endring og innovasjon?

C. Samhandlingsreformen

- a. Hvordan synes du prosessene rundt helhetlig pasientforløp (samhandlingsreformen) fremstår? (kontrakts reform/nytt rom for innovative prosesser)?
- b. Hvordan tror du reformen vil påvirke oss i forhold til nytenking og innovasjon?

D. Realisering av reformen

- a. Hvilke tiltak/strategier blir viktige for deg for å realisere reformen?
- b. Hvordan involveres personalet i arbeidet? Hva med dialogen med tillitsvalgte og VO? Eksterne bidragsytere?
- c. Hvordan jobber dere med å dokumentere prosessene som gjøres? Begrunnelser for valg, måleparametre, viktige milepæler, annet?
- d. Kjenner du til Nasjonal samarbeidsavtale og Nasjonal tiltaksplan for behovsdrevet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren(2007-2011)?